



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

La sexualidad en adultos heterosexuales con antecedentes de abuso sexual infantil

Revisión teórica de sus manifestaciones clínicas y relacionales

Estudiante: Moscoso Marina Fernanda

Legajo: 31.348

Directora: Bofill, Bárbara Marcela

Co-director/es: Apellido/s, Nombre/s (si lo/s hubiere)

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Lic. en Psicología

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI
[]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Plaza Huincul, 30 de noviembre de 2025

Firma y aclaración del autor:



MOSCOSO
MARINA F.

Índice

RESUMEN	4
Introducción	5
Delimitación del objeto de estudio	5
Justificación y Fundamentación	6
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Estado del Arte	7
Marco Teórico	13
Conceptualizaciones generales y alcance	13
Abuso sexual infantil, subjetividad y construcción de la sexualidad	14
Trauma único y trauma complejo: definiciones y diagnósticos	15
El ASI como trauma complejo y consideraciones dimensionales	16
Bases neurobiológicas y psicofisiología del trauma	17
Procesamiento cerebral del trauma en el trastorno por estrés postraumático	17
Mecanismos neurofisiológicos y memoria somática:	18
Mecanismos de la respuesta sexual y su relación con el trauma	19
Disociación y sexualidad en adultos con antecedentes de ASI	19
Trauma, apego y sexualidad en la adultez	22
Procesos adaptativos y síndrome de acomodación en ASI	23
Síntomas Psicósomáticos	24
Género, identidad y trauma	25
Consecuencias en la sexualidad de ámbos sexos	26
Consecuencias en mujeres adultas	28
Secuelas específicas en mujeres	30
Impacto general del abuso sexual en hombres	31
Narrativas de sobrevivientes	33
Construcción del deseo y elaboración de fantasías sexuales	34
Resiliencia y estrategias de afrontamiento	35
METODOLOGÍA	38
RESULTADOS	39
SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	42
APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN	44
El trabajo aporta nuevos aspectos o nuevos enfoques a la ciencia	44
El trabajo aporta aspectos totalmente originales a la ciencia	45

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	46
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	47
REFERENCIAS	49

La sexualidad en adultos heterosexuales con antecedentes de abuso sexual infantil

Revisión teórica de sus manifestaciones clínicas y relacionales

RESUMEN

El presente trabajo constituye una revisión bibliográfica que analiza la sexualidad en adultos heterosexuales con antecedentes de abuso sexual infantil, con el propósito de adquirir conocimiento sobre cómo estas experiencias tempranas influyen, en la construcción del deseo, el placer y los vínculos de pareja en la adultez. Los hallazgos describen disfunciones sexuales frecuentes, como anorgasmia, vaginismo, disfunción eréctil o deseo sexual hipoactivo entre otras, junto con trastornos psicológicos asociados, tales como ansiedad, depresión, disociación y dificultades para generar intimidad emocional. Además, se incluyen aportes teóricos sobre el trauma simple, el trauma complejo y el trastorno de estrés postraumático, destacando su relación con la sexualidad y la regulación afectiva en la adultez. También se describen fantasías vinculadas al trauma, sentimientos de culpa y vergüenza, así como patrones relacionales marcados por la desconfianza o la sumisión. De manera conjunta, se abordan las diferencias de género en la vivencia de la sexualidad y las formas de afrontamiento que pueden derivar en procesos de resiliencia o, por el contrario, en la repetición de dinámicas abusivas. Todo esto contribuye a una comprensión más detallada y sensible de la sexualidad en esta población.

Palabras clave: abuso sexual infantil; sexualidad adulta; disfunciones sexuales; relaciones de pareja; resiliencia.

Introducción

Delimitación del objeto de estudio

Este trabajo busca comprender, desde una perspectiva teórica y de revisión bibliográfica, la sexualidad en adultos heterosexuales con antecedentes de abuso sexual infantil [ASI]. Su orientación central es analizar cómo estas experiencias tempranas, ocurridas en una etapa crítica del desarrollo psicoemocional, impactan posteriormente en la construcción de la sexualidad adulta, la expresión del deseo, la vivencia del placer y el establecimiento de vínculos de pareja en la adultez.

En este marco, resulta necesario distinguir conceptualmente entre el trauma en sentido amplio y el ASI como una de sus formas más graves y complejas (Herman, 1992). El trauma infantil puede derivar de múltiples experiencias adversas, pero cuando se trata de situaciones de abuso sexual, la afectación adquiere características que inciden significativamente en la vida sexual adulta. Diferenciar estos conceptos, permite precisar el alcance del estudio (Cantón-Cortés y Cortés, 2015) .

De igual forma, se busca profundizar en las diferencias de género que se observan en las consecuencias del ASI en la vida sexual de los adultos heterosexuales (Moyano y Sierra, 2015). Estas diferencias no solo ponen de relieve la necesidad de un análisis diferenciado por género, sino que también permiten problematizar los estereotipos socioculturales que influyen en la vivencia de la sexualidad.

En este sentido, el objeto de estudio no se limita únicamente a describir las secuelas del abuso, sino que también apunta a explorar los procesos de afrontamiento y resiliencia que algunos adultos logran desarrollar (Marriott et al., 2013), posibilitando una resignificación de la sexualidad y, en ciertos casos, la construcción de experiencias sexuales plenas a pesar del trauma (Briere y Scott, 2014).

Justificación y Fundamentación

Si bien el ASI es un fenómeno global, en Argentina los registros oficiales muestran un aumento sostenido de denuncias contra niños, niñas y adolescentes [NNyA]: aproximadamente 7.000 en 2020, 8.500 en 2021 y más de 9.000 causas en 2022; en 2023, más del 60 % de las víctimas de delitos contra la integridad sexual, fueron menores de 18 años, con mayor afectación de niñas y adolescentes mujeres (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2021; Procuración General de la Nación, 2022; Ministerio Público Fiscal de la Nación, 2023). Además, entre 2020 y 2021, las niñas representaron una proporción casi cuatro veces mayor de víctimas que los niños, especialmente entre los 12 y 17 años (Presidencia de la Nación, 2023). Estas evidencias justifican explorar la proyección del abuso infantil en la configuración de la sexualidad en la adultez.

En consecuencia, esta revisión se orienta a sistematizar hallazgos sobre la sexualidad en adultos heterosexuales con antecedentes de trauma sexual infantil, siendo de gran relevancia tanto en el ámbito académico como en el profesional. En primer lugar, permite visibilizar el impacto que los abusos sufridos en etapas tempranas ejercen en la vida sexual adulta, contribuyendo a una comprensión más integral de las potenciales trastornos psicológicos y disfunciones sexuales asociadas. En segundo lugar, posibilita examinar las diferencias de género en la vivencia de la sexualidad, aspecto fundamental para el diseño de intervenciones sensibles y pertinentes.

En el plano profesional, el análisis de los modos de afrontamiento y procesos de resiliencia aporta herramientas para fortalecer las prácticas clínicas, ofreciendo recursos para acompañar a los sobrevivientes en el camino hacia una sexualidad más satisfactoria. Finalmente, la sistematización de la bibliografía científica seleccionada, facilita la transferencia de conocimientos y abre camino a futuras investigaciones, a su vez favorece la actualización de los profesionales abocados a la temática.

Objetivo general

Explorar las implicancias y el impacto del ASI en la vivencia y configuración de la sexualidad en la adultez heterosexual y sus posibles consecuencias.

Objetivos específicos

1. Caracterizar los principales trastornos psicológicos y disfunciones sexuales asociados al trauma sexual derivado del ASI en adultos heterosexuales.
2. Analizar las diferencias en la vivencia de la sexualidad entre varones y mujeres heterosexuales sobrevivientes de ASI.
3. Examinar los factores implicados en la construcción de la identidad sexual, la expresión del deseo y las relaciones de pareja en esta población.
4. Identificar las estrategias de afrontamiento predominantes frente a las dificultades psicológicas, sexuales y vinculares relacionadas al ASI.
5. Explorar los procesos de resiliencia y resignificación que posibilitan una experiencia sexual satisfactoria en la adultez.

Estado del Arte

Un estudio longitudinal observacional de cohorte, analizó durante diez años, cómo distintas formas de maltrato infantil, incluyendo abuso y negligencia sexual, emocional y física, se relacionan en la adultez media con cuatro aspectos de la sexualidad: la importancia otorgada al sexo, la intimidad sexual, el dolor durante las relaciones y el placer sexual. El trabajo usó datos del *Midlife in the United States Study*, con 807 personas de mediana edad, 410 mujeres y 397 varones, evaluadas en la línea de base y nuevamente una década después. En el análisis se observó, entre las mujeres, que el abuso emocional se asociaba con mayor placer, la negligencia emocional con menor intimidad y menor placer, el abuso físico con más dolor y la negligencia física con mayor importancia del sexo. En los varones no aparecieron asociaciones significativas. En el seguimiento a diez años, el

abuso sexual en mujeres predijo un aumento del placer y el abuso físico un incremento del dolor, y en varones la negligencia física predijo mayor dolor durante las relaciones sexuales (Talmon et al., 2022).

Por su parte, un estudio observacional, no experimental, de diseño transversal y comparativo-correlacional analiza la relación entre el ASI y la somatización, así como sus efectos en la vida adulta. Los autores trabajaron con 319 participantes, 59 víctimas y 258 no víctimas, y evaluaron variables como somatización, conducta sociosexual y relaciones sexuales. Aunque no hallaron diferencias significativas entre víctimas y no víctimas en todas las áreas, observaron que, entre las víctimas, los resultados variaron según la gravedad y el tipo de abuso. Los hallazgos indican que el ASI tiene consecuencias físicas y psicológicas relevantes, entre ellas dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales y cardiovasculares, dolor pélvico crónico, trastornos menstruales y menopausia precoz. Además, se observaron efectos en la esfera sexual, como insatisfacción, aversión al sexo y dificultades para alcanzar el orgasmo. Sumado a esto, el estudio subraya la importancia de considerar factores contextuales, como el tiempo transcurrido desde el abuso, otros sucesos estresantes, el tipo de afrontamiento y el entorno familiar, que pueden modular la severidad de las secuelas. El ASI presenta una incidencia mayor de lo esperado y se destaca la necesidad de fortalecer la prevención primaria y la atención psicológica temprana (Quijada Casas et al., 2023).

En una línea más específica sobre sexualidad y trauma, un estudio cuantitativo transversal que incluyó 393 personas adultas sobrevivientes de abuso sexual infantil, examinó si la sexualidad traumática modera la relación entre el ASI y distintos desenlaces sexuales. Se evaluaron ASI, sexualidad traumática: disociación, intrusividad, culpa/vergüenza, complacencia, malestar interpersonal e hipervigilancia), función sexual, conducta sexual compulsiva y uso problemático de pornografía. En este sentido, se utilizaron modelos de regresión, que son menos sensibles a datos extremos o distribuciones no normales, con el fin de obtener estimaciones más precisas y estables, las cuales

identificaron mayor disociación, culpa/ vergüenza e hipervigilancia se asociaron con más disfunción sexual; intrusividad y complacencia se vincularon con mayor conducta sexual compulsiva; y mayor severidad de ASI se relacionó con más uso problemático de pornografía. En cuanto del rol moderador, se encontró que la intrusividad y la complacencia aumentaron la relación ASI-disfunción sexual; la intrusividad y la culpa/ vergüenza reforzaron ASI-conducta sexual compulsiva; y la intrusividad, la complacencia y la hipervigilancia fortalecieron ASI-uso problemático de pornografía. También se observó menor disfunción sexual con mayor edad y diferencias por género. Por ende, el patrón respalda intervenciones centradas en trauma para dificultades sexuales en sobrevivientes de ASI (Gewirtz-Meydan y Godbout, 2023).

Desde un enfoque cualitativo, un estudio cualitativo de orientación hermenéutico-interpretativa realizado con mujeres adultas que habían vivido ASI, buscó comprender sus experiencias actuales en relación con la función sexual, abordando los significados subjetivos y el modo en que estas vivencias se articulan con los contextos personales y sociales de cada participante (Delgado Osorio, 2021). De manera estructurada, el análisis utilizó un modelo que concibe la función sexual como un proceso dinámico compuesto por cinco fases interrelacionadas :deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución, entendidas como momentos sucesivos en los que convergen factores psicológicos, fisiológicos y relacionales (Alzate, 1996, como se cita en Delgado Osorio, 2021). A partir de este marco, se identificaron variaciones en distintas fases del ciclo, observándose dificultades principalmente en el deseo y el orgasmo, influenciadas por mandatos culturales restrictivos, experiencias previas y comparaciones con pares. De forma global, los relatos mostraron que la sexualidad adulta de las participantes se construye en interacción con factores psicológicos, relacionales y socioculturales, aportando evidencia cualitativa latinoamericana sobre el impacto del ASI en la función sexual (Delgado Osorio, 2021).

En relación con los procesos de recuperación, un estudio transversal con 285 mujeres de 18 a 30 años, 128 con antecedentes de violencia sexual, que comparó niveles

de crecimiento postraumático y sus predictores personales y sociales. Las sobrevivientes de violencia sexual presentaron, en promedio, menor crecimiento postraumático y mayores niveles de vergüenza, autoculpa y reacciones sociales negativas que quienes atravesaron otros tipos de trauma. En ambos grupos, el crecimiento postraumático se asoció con menor vergüenza y con reacciones sociales positivas del entorno; de manera específica, solo en el subgrupo con violencia sexual el crecimiento postraumático también se relacionó con mayor autoculpa (Refaeli y Shir, 2025).

En cuanto a otros hallazgos, un estudio reciente analizó cómo el trauma infantil y los estilos de apego se relacionan con la disfunción eréctil psicógena. La muestra incluyó 80 varones: 40 pacientes con diagnóstico de disfunción eréctil según DSM-5 y sin causas orgánicas, y 40 controles sanos. Se aplicaron instrumentos estandarizados (SCID-5, IIEF, CTQ, RSQ y BDI). En términos generales, los pacientes registraron puntajes más altos de abuso y negligencia, tanto emocional como física, frente al grupo control; a la vez, los estilos de apego seguro y desdeñoso fueron más frecuentes entre los controles. El análisis mostró que, cuanto más extensa era la convivencia con la pareja, mayor era la severidad de la disfunción y menores la función sexual, la función orgásmica y la satisfacción sexual y general. Además, aumentos en abuso emocional, abuso sexual y negligencia física se asociaron con mayor gravedad del cuadro. En los modelos predictivos, el trauma infantil y la duración de la convivencia de pareja surgieron como predictores significativos de la severidad. Las experiencias adversas tempranas y ciertos patrones vinculares, ayudan a comprender la disfunción eréctil psicógena en la adultez, con un rol protector del apego seguro y de la autoestima (Topak et al., 2023).

En cuanto a los procesos identitarios, un estudio cuantitativo transversal con 105 varones con antecedentes de ASI en un ámbito comunitario, completaron cuestionarios de disociación, cohesión de identidad y preocupaciones sexuales. La idea central fue que la disociación, al fragmentar la experiencia, debilita la cohesión de la identidad, esa capacidad de saber qué se quiere y qué se necesita, y a través de ese quiebre, incrementa el malestar

y las dudas en la vida sexual. Los resultados fueron precisos: el análisis de trayectorias mostró que mayor disociación se asoció con menor cohesión de identidad, y que una menor cohesión de identidad, se relacionó con más preocupaciones sexuales; el efecto indirecto de la disociación sobre las preocupaciones sexuales, mediado por la cohesión de identidad, fue significativo, mientras que el efecto directo no lo fue (Villeneuve et al., 2024).

Sumado a esto, la literatura señala que los varones también se ven afectados por el ASI y que, en la adultez, algunos sobrevivientes tienden a sobrereactuar rasgos de masculinidad tradicional como forma de afrontamiento. En un estudio cualitativo con 26 hombres canadienses de 31 a 66 años, basado en entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido dirigido, se describieron patrones de comportamiento hacia afuera organizados en tres ejes: (1) agresión orientada a canalizar el enojo y proteger la propia integridad; (2) quiebre de reglas como forma de protesta frente a situaciones percibidas como injustas; y (3) consumo de alcohol y otras sustancias para evitar el malestar asociado a recuerdos y emociones del abuso. De manera global, los hallazgos indican que intensificar la dureza conductual puede operar como mecanismo de compensación de la autoimagen; por ello, las intervenciones deberían abordar explícitamente el enojo, el sentido de injusticia, las estrategias evitativas y el peso de las normas de masculinidad en la recuperación (Gauthier-Duchesne et al., 2023).

En consecuencia, en varones adultos la violencia sexual deja huellas amplias en la salud mental, la vida sexual y los vínculos sociales. Un estudio cualitativo con siete entrevistas semiestructuradas, analizadas mediante enfoque fenomenológico interpretativo, describió tanto el sufrimiento asociado al abuso como siete ejes de resiliencia que emergen de las narrativas: sostén en los vínculos con otras personas, reconexión con el propio cuerpo, construcción de sentido, expresión hablada, corporal o creativa, redescubrimiento personal, apoyo institucional y aprendizaje o compromiso con otros. Estos temas sugieren caminos concretos para ajustar intervenciones clínicas y comunitarias, especialmente

creando espacios sensibles, donde los hombres puedan hablar y elaborar su experiencia sin estigma (Poirson et al., 2023).

Desde la mirada de los dispositivos terapéuticos, un estudio cualitativo examinó cómo los terapeutas comprenden las dificultades que enfrentan las personas adultas sobrevivientes de ASI, al intentar recuperar su empoderamiento sexual. El trabajo utilizó un enfoque fenomenológico interpretativo, basado en entrevistas semiestructuradas a profesionales de distintas orientaciones clínicas. Los resultados indican que el ASI produce una alteración profunda en la vivencia sexual adulta, manifestándose en desconexión del cuerpo, sentimientos de vergüenza, confusión respecto al deseo y dificultades para integrar el placer dentro de relaciones íntimas seguras. También se observó que muchos terapeutas presentan incomodidad, falta de recursos y una formación insuficiente para trabajar de manera abierta temas vinculados a sexualidad, lo que puede limitar la expresión y el procesamiento de estas experiencias en el espacio clínico. El estudio destaca que, para numerosos sobrevivientes, el proceso terapéutico no supone recuperar una sexualidad previa, sino construir por primera vez una relación propia, autónoma y segura con el cuerpo, el deseo y el placer (Lynch, 2023).

En último término, teniendo en cuenta que las fantasías sexuales cumplen un rol importante en el bienestar sexual, se realizó un estudio cualitativo el cual comparó, mediante análisis de contenido de una encuesta en línea, las fantasías reportadas por adultos sobrevivientes de ASI (n= 48) y por no sobrevivientes (n= 44). Se identificaron nueve categorías de fantasías comunes presentes en ambos grupos y una categoría adicional, versatilidad, exclusiva de los sobrevivientes. En líneas generales, los hallazgos describen diversidad y heterogeneidad en el contenido de las fantasías y cuestionan modelos que plantean una relación lineal entre ASI y la aparición de fantasías violentas o sadomasoquistas en la adultez (Canivet et al., 2024).

Marco Teórico

Conceptualizaciones generales y alcance

La Organización Mundial de la Salud [OMS] define el ASI como cualquier acto sexual que implique a un niño, niña o adolescente y que sea cometido por un adulto u otra persona significativamente mayor, en el que se utiliza al NNyA para la satisfacción sexual del agresor, con o sin contacto físico, aprovechando la relación de poder y vulnerabilidad. Este tipo de abuso incluye desde tocamientos hasta penetración, y siempre ocurre sin el consentimiento libre y real del NNyA (OMS, 2020).

La sexualidad, es un aspecto central de la vida humana a lo largo de todo el ciclo vital. Involucra el cuerpo, el sexo, las identidades y roles de género, el deseo y las formas de vincularse afectiva y eróticamente a otros, así como la reproducción. Se expresa en modos de pensar, fantasear, desear, y en creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas y vínculos interpersonales. No se presenta ni se expresan del mismo modo en todas las personas ni en todo momento (OMS, 2006).

El abuso sexual, es una de las formas de violencia más graves que afecta a niñas y niños, quienes son convertidos en objetos de satisfacción sexual por parte de personas mayores, desde adolescentes hasta adultos mayores. A diferencia de otros tipos de maltrato, sitúa al NNyA en la posición de objeto de placer, ya sea mediante la fuerza o a través de estrategias de seducción, lo que implica un proceso de cosificación y despojo de su subjetividad. El abusador utiliza el cuerpo del niño como algo que le permite gozar y puede descartar, dejando secuelas profundas en la identidad y en la vida de la víctima, sobre todo en casos de violencia extrema como la violación. Aunque en ocasiones pueda parecer que existe consentimiento, este no es válido, porque la relación está atravesada por la desigualdad de poder y distintas formas de sometimiento (Tenorio Rosero, 2013).

Abuso sexual infantil, subjetividad y construcción de la sexualidad

Aunque la mayoría de los abusadores suelen ser varones, también existen mujeres que desempeñan este rol. El silencio de las víctimas, se vincula en gran medida, con el modo en que el abuso es vivido subjetivamente, ya que no solo se trata de lo ocurrido objetivamente, sino también de cómo ese hecho es registrado, sentido y significado por el mundo interno del niño o la niña (Tenorio Rosero, 2013). Los delitos sexuales, especialmente el ASI, suelen implicar estrategias de manipulación emocional y control psicológico que buscan generar dependencia y asegurar el silencio de la víctima. Estas conductas pueden incluir la seducción, el engaño, el chantaje o incluso la amenaza, lo que refuerza la posición de poder del agresor dentro del vínculo abusivo (Instituto de Capacitación, Estudios y Prevención en Humanidades, 2021). En este sentido, los intentos de clasificar los abusos sexuales como medios o graves suelen apoyarse en criterios jurídicos que no consideran el impacto en la vida emocional y afectiva de la víctima. Si bien una penetración no es lo mismo que un manoseo, para el niño o la niña lo relevante no es la tipificación legal, sino las secuelas que este hecho traumático deja en la construcción de su sexualidad, deseos, experiencias de lo placentero y en como significa su cuerpo, su género. En algunos casos, estas experiencias pueden traducirse en rechazo a lo masculino y en la elección de vínculos afectivo-sexuales con personas del mismo género, sin que esto implique una relación causal, ni que toda persona con estas orientaciones haya sido abusada (Tenorio Rosero, 2013).

El ASI puede impactar con manifestaciones que abarcan dimensiones físicas, emocionales, conductuales, sexuales y psicológicas; consecuencias que pueden presentarse a corto y largo plazo, con distintos niveles de gravedad y expresión clínica. Entre los efectos psicológicos más frecuentes, se encuentran el Trastorno por Estrés Postraumático [TEPT], los Trastornos de la Conducta Alimentaria [TCA], la ideación suicida, los cuadros disociativos, el consumo problemático de sustancias y diversas dificultades en el plano relacional y emocional (Sibauti y Losada, 2025).

Trauma único y trauma complejo: definiciones y diagnósticos

Los sistemas diagnósticos actuales, aún no abordan adecuadamente los efectos de traumas prolongados o iniciados en etapas tempranas. A diferencia de quienes padecieron un único hecho traumático, aquellos que atraviesan múltiples traumas en momentos de vulnerabilidad presentan mayor probabilidad de desarrollar un trauma complejo, caracterizado por inestabilidad afectiva, somatización, disociación, alteraciones de la identidad, dificultades en las relaciones interpersonales y conductas suicidas (Chiappe y Teti, 2016). Los eventos traumáticos suelen agruparse en tipo I, hecho único e inesperado, y tipo II, experiencias repetitivas o crónicas. En este último se ubica el trauma complejo, que alude a una forma particular de estrés postraumático asociada a episodios severos y reiterados de violencia o negligencia, muchas veces ejercidos por figuras cuidadoras en etapas sensibles del desarrollo. El trastorno por estrés postraumático complejo [TEPT-C] expresa alteraciones generalizadas en lo mental, emocional y corporal (disociación, somatización, dificultades en la regulación afectiva, conductas autolesivas y problemas en la identidad y los vínculos), con un cuadro más amplio que el TEPT clásico (Terr, 1991; Courtois y Ford, 2009, como se cita en Chiappe y Teti, 2016).

De acuerdo con la CIE-11, el TEPT se presenta tras uno o más eventos extremadamente amenazantes o aterradores y se caracteriza por reexperimentación persistente del hecho, evitación de estímulos asociados y sensación continua de amenaza o hipervigilancia, con un impacto significativo en el funcionamiento cotidiano. La misma clasificación distingue el TEPT-C, en el que además se observan alteraciones emocionales persistentes, autoimagen negativa y dificultades interpersonales (OMS, 2022). En términos generales, el trauma complejo puede pensarse en tres planos: un nivel sintomático, donde las manifestaciones son más persistentes y difusas que en el TEPT clásico; un nivel caracterológico, con modificaciones en la personalidad, la construcción de la identidad y los modos de vincularse; y un aumento de la vulnerabilidad frente a daños repetidos, ya sean

auto infligidos o ejercidos por otros (Luxenberg et al., 2001, como se cita en Chiappe y Teti, 2016).

Reconocer el trauma complejo como categoría diferenciada, ofrece al clínico y al investigador un marco para identificar a quienes no sólo han experimentado miedo intenso, impotencia y horror, sino también una alteración en el desarrollo de la autorregulación psicobiológica y del apego seguro. Además de la hiperactivación y la hipervigilancia frente a peligros externos, estas personas enfrentan la amenaza interna de no poder organizarse, regular sus emociones, ni apoyarse en los vínculos para restablecer la integridad del *self* (Courtois y Ford, 2009). Los diagnósticos que suelen aparecer en comorbilidad incluyen los trastornos del estado de ánimo, los de ansiedad, los disociativos, los relacionados con síntomas somáticos, los de la personalidad, en especial el trastorno límite y los del espectro esquizofrénico (Chiappe y Teti, 2016). Las víctimas de ASI tienen hasta cinco veces más probabilidades que la población general de recibir un diagnóstico trastorno de ansiedad generalizada, fobias, pánico u obsesivo-compulsivo (Berliner y Elliott, 2002 como se cita en Canton Cortés y Cortés, 2015). La no inclusión del trauma complejo en los sistemas clasificatorios, logra que aborden los síntomas como manifestaciones de distintos trastornos, dificultando una comprensión integral de la problemática, no brindando un diagnóstico diferencial adecuado (Chiappe y Teti, 2016).

El ASI como trauma complejo y consideraciones dimensionales

Al referirnos al trauma, importa comprender el tipo de acontecimiento ocurrido para dimensionar el grado de dramatización. Los eventos críticos, únicos y no anticipados, trauma tipo 1, pueden generar sufrimiento, aunque un 70% de los casos no derivan en psicopatología. En cambio, los traumas tipo 2, caracterizados por su repetición y prolongación en el tiempo, tienden a afectar con mayor profundidad la personalidad y el sentido del *self*, dejando secuelas claras. Por ello, el apoyo recibido durante el evento

traumático o la vivencia de sentirse cuidado constituye un sostén psicológico decisivo (Beyebach y García, 2022 como se cita en Velázquez Figueroa, 2024).

El trauma no se limita al acontecimiento en sí, sino que involucra la forma en que la persona lo vive y el significado que adquiere para ella. Así, lo que determina si una experiencia resulta traumática no es únicamente su naturaleza objetiva, sino la interpretación subjetiva del individuo y su capacidad para afrontarla. Desde esta perspectiva, los efectos del trauma pueden extenderse en el tiempo, afectando distintas áreas del funcionamiento personal, como la salud mental, el equilibrio emocional, las relaciones interpersonales e incluso el bienestar físico o espiritual. Suelen presentarse de manera persistente, condicionan la manera en que la persona se vincula consigo misma y con los demás. Por lo que se puede decir, que se puede comprender el trauma a partir de tres componentes interrelacionados: el evento, la experiencia y el efecto. Esto implica reconocer, por un lado, la ocurrencia de un hecho potencialmente dañino o amenazante; por otro, la vivencia particular de ese suceso, y finalmente, las consecuencias que deja en el tiempo. El acento está puesto en la experiencia interna más que en la descripción objetiva del hecho (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).

El trauma entonces, es una vivencia desorganizante, capaz de alterar las estructuras de la personalidad, su integridad y funcionamiento, normalmente deseados. Los recuerdos traumáticos no desaparecen, permanecen latentes, como un volcán activo: pueden entrar en erupción en cualquier momento, causando consecuencias y daños impredecibles en la vida de la persona (Zepinic, 2016).

Bases neurobiológicas y psicofisiología del trauma

Procesamiento cerebral del trauma en el trastorno por estrés postraumático

En el TEPT, los estímulos asociados al trauma inicial pueden desencadenar reacciones psicofisiológicas y respuestas neuroendocrinas, como si estuvieran reviviendo el

acontecimiento traumático. Aun cuando pasaron años, el organismo sigue respondiendo como si se tratara de una nueva experiencia de victimización (Van der Kolk, 2002). La atención queda focalizada a estímulos relacionados con la amenaza (Kardiner, 1941 como se cita en Van der Kolk, 2002). Ciertos elementos sensoriales que coinciden con las huellas perceptivas del trauma, como un tipo particular de contacto físico, ciertos olores o imágenes, activan los sistemas biológicos implicados en la reacción de alarma. Entre las estructuras más afectadas se encuentra la amígdala, parte del sistema límbico responsable de otorgar significado emocional a los recuerdos. Tras el trauma, este sistema puede llevar a interpretar estímulos neutros como posibles repeticiones del daño (Van der Kolk, 2002).

Mecanismos neurofisiológicos y memoria somática:

El trauma estrecha la ventana de tolerancia y favorece oscilaciones hacia hiperactivación, por ejemplo, ansiedad o hipervigilancia, o hipoactivación, como puede ser entumecimiento o disociación, al desregular el equilibrio entre los sistemas simpático y parasimpático del sistema nervioso autónomo [SNA]. En términos somáticos, puede entenderse como una energía defensiva que mantiene respuestas subcorticales de lucha, huida o congelamiento, aun cuando el peligro ya pasó. En palabras de la expositora, “aunque el evento ha terminado, en nuestro cuerpo y nuestro sistema nervioso seguimos respondiendo desde esa supervivencia... traemos el pasado al hoy” (Baumgartner, 2024, 00:10:05–00:10:17).

El trauma se inscribe en el cuerpo como recuerdos corporales y patrones automáticos de respuesta que se reactiva frente a determinados disparadores internos o ambientales, y no siempre son accesibles a la memoria declarativa. En los primeros vínculos, la corregulación de cuidadores organiza el SNA y contribuye a estilos de apego que, de alterarse, predisponen a patrones de desconexión o hiperalerta en la adultez. Esto se observa clínicamente cuando el pasado irrumpe en el presente mediante flashbacks o

respuestas automáticas ante gatillos, dificultando permanecer en el aquí y ahora (Porges, 2011; van der Kolk, 2014; Levine, 1997, como se cita en Baumgartner, 2024).

Mecanismos de la respuesta sexual y su relación con el trauma

La excitación sexual requiere un predominio parasimpático que facilite la vasocongestión pélvica, mientras que el orgasmo implica un pico coordinado de activación simpática. Cuando el sistema simpático se sobreactiva por ansiedad o amenaza percibida, la excitación se interrumpe y pueden aparecer dificultades de lubricación o pérdida de la erección. Además, la lectura de señales interoceptivas como latidos fuertes, calor y/o tensión, depende de la historia personal: si esas sensaciones se asociaron a pánico, pueden gatillar hipervigilancia en pleno encuentro sexual y cortar el circuito del placer (Van der Kolk, 2014, citados en Baumgartner, 2024).

Disociación y sexualidad en adultos con antecedentes de ASI

El ASI es un factor de riesgo significativo para la aparición de disociaciones en la vida adulta, especialmente en el campo de la sexualidad. La disociación implica una desconexión entre procesos que normalmente se integran, como la conciencia, la memoria, la identidad, el afecto y la percepción. Estas alteraciones pueden interferir con la capacidad de experimentar excitación sexual, intimidad y satisfacción en las relaciones (Ford y Courtois, 2009).

Los niveles de disociación se relacionan con una edad más temprana de inicio y con mayor frecuencia del abuso sexual, y muchos participantes refieren amnesia parcial o total de lo sucedido (Chu et al., 1999). Se ha documentado altas tasas de amnesia autoreportada para experiencias de ASI, sobre todo cuando el abuso es crónico, e involucra múltiples agresores y altos niveles de violencia. Los efectos del trauma sobre la memoria pueden ir desde la hipermnesia en traumas puntuales hasta la amnesia extensa en contextos de victimización prolongada, junto con el uso de estrategias defensivas como la represión, la

disociación, la autoanestesia o la autohipnosis. En estudios con niños se ha señalado que los traumas limitados y específicos suelen recordarse con gran detalle, mientras que la exposición sostenida al abuso favorece la aparición de lagunas mnésicas, identificación con el agresor y conductas autodestructivas, aumentando la probabilidad de distorsiones y errores en la reconstrucción posterior de los recuerdos (Terr, 1991, como se cita en Chu et al., 1999).

Por otra parte, la disociación somática implica una desconexión entre las sensaciones físicas y la experiencia emocional subjetiva. Esta desconexión puede manifestarse en síntomas como entumecimiento genital, dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia) o dificultad para experimentar placer. Estas respuestas reflejan mecanismos de defensa desarrollados durante experiencias traumáticas, utilizados para proteger al individuo del dolor emocional asociado al trauma (Briere y Scott, 2014).

En continuidad con estos fenómenos corporales, la desconexión emocional o corporal también puede adoptar formas más complejas, como la despersonalización o la sensación de estar fuera del cuerpo durante los encuentros sexuales. Estas experiencias de desencarnación sexual dificultan la integración de sensaciones placenteras y contribuyen a que el propio cuerpo sea vivido con temor, vergüenza o extrañeza. Este tipo de vivencias disociativas impacta de manera significativa en la intimidad emocional y sexual, afectando la capacidad de sostener relaciones de pareja basadas en confianza y presencia corporal (Spiegel, 1991; Malkemus y Smith, 2021; Gewirtz-Meydan y Ofir-Lavee, 2021; Malkemus y Smith, 2021, como se cita en Gewirtz-Meydan, 2025).

A su vez, en pacientes con trastornos disociativos o con TEPT-C es frecuente encontrar negación o variaciones en el relato de los sucesos traumáticos. En un momento pueden nombrar el abuso y, en otro, minimizarlo o desconocerlo, generando historias fragmentadas y difíciles de seguir. No es raro que, tras años de tratamiento, un paciente revele por primera vez haber sufrido abuso sexual en la infancia, lo que muestra que el

trauma puede estar presente aunque no sea evidente en la evaluación inicial. Son habituales tanto las amnesias ligadas a la vivencia como la ocultación consciente, especialmente en el abuso sexual, donde pesan la vergüenza, el mandato de guardar secreto y el miedo a las consecuencias de hablar (Vázquez, 2008).

En coherencia con lo anterior, la teoría de la disociación estructural propone distintos niveles de fragmentación del *self* según la gravedad del trauma y la capacidad de integración del sujeto. En la disociación estructural primaria, más vinculada al estrés agudo y al TEPT, se alternan una personalidad emocional centrada en el trauma y una personalidad aparentemente normal que sostiene la vida cotidiana evitando los recuerdos dolorosos. En la disociación secundaria, típica de traumas tempranos y prolongados, la personalidad emocional se fragmenta en varias partes con funciones defensivas diferenciadas, lo que se asocia a cuadros más graves y crónicos como el TEPT-C y ciertos trastornos de personalidad. La disociación terciaria corresponde a los casos más severos, como el trastorno de identidad disociativo, en los que tanto la personalidad emocional como la aparentemente normal se dividen en múltiples partes que asumen roles específicos en la vida del sujeto, representando un nivel extremo de fragmentación relacionada con el trauma (Vázquez, 2008).

La disociación derivada de experiencias traumáticas se describe dentro de un continuo que incluye cuatro categorías clínicas: trastorno de identidad disociativo, caracterizado por discontinuidades en la identidad y la memoria; amnesia disociativa, definida por lagunas autobiográficas no explicadas por causas neurológicas; fuga disociativa, que combina amnesia con desplazamiento o asunción de roles; y despersonalización/desrealización, que se manifiesta como una sensación persistente de extrañeza respecto del *self* o del entorno. Esta clasificación se emplea con fines de evaluación y planificación terapéutica (Zepinic, 2012, como se cita en Zepinic, 2018).

Se puede decir que la disociación observada en víctimas de trauma, se origina en una integración insuficiente entre dos partes disociativas de la personalidad: la parte emocional y la parte aparentemente normal. La parte emocional permanece fijada en la vivencia traumática y conserva recuerdos sensoriomotores intensos, asociados a miedo, impotencia, horror, ira o tristeza. La parte aparentemente normal, en cambio, evita el recuerdo traumático, lo relata de manera distante y sin apropiación subjetiva, y suele presentar síntomas disociativos negativos como amnesia parcial o completa del suceso (Zepinic, 2012, como se cita en Zepinic, 2018).

Trauma, apego y sexualidad en la adultez

Las consecuencias del ASI se proyectan en la configuración de la identidad y la vivencia sexual. La formación de una identidad sexual saludable, está estrechamente vinculada a las experiencias tempranas de afecto y apego, así como a la presencia de posibles traumas durante el desarrollo (Ruppert, 2021). Cabe aclarar, que el establecimiento de un apego seguro, es un proceso esencial para el desarrollo emocional saludable. La base segura proporcionada por el cuidador permite al niño explorar su entorno con confianza, sabiendo que puede regresar a esa figura cuando necesita protección o consuelo. Este equilibrio entre autonomía y dependencia afectiva favorece la formación de una personalidad estable y la capacidad de afrontar situaciones difíciles con mayor resiliencia. Una crianza sensible y coherente, basada en la disponibilidad emocional, es determinante para la salud mental de las generaciones futuras, al fomentar vínculos seguros y relaciones resilientes a lo largo de la vida (Bowlby, 1988). El deseo y la capacidad para establecer relaciones íntimas no dependen únicamente de factores biológicos, sino también de la historia emocional y relacional de cada individuo. Cuando las experiencias de apego se ven afectadas por situaciones traumáticas, como abandono, abuso o violencia, la vivencia de la sexualidad puede verse fragmentada, provocando dificultades en el contacto, la intimidad y el disfrute (Ruppert, 2021).

Es por esto que las personas que han sufrido agresiones sexuales, suelen desarrollar barreras de contacto demasiado rígidas, lo que dificulta el acercamiento a otros. En algunos casos, estas barreras pueden ser demasiado flexibles, llevando a la repetición de patrones que las exponen nuevamente a situaciones abusivas. De esta manera, suele existir desconfianza hacia el entorno y hacia las propias percepciones, más cuando estas han sido minimizadas o negadas por otros. Estas dificultades afectan significativamente la capacidad de establecer relaciones íntimas, entorpecen el proceso del conocimiento y desarrollo propio (Fernández, 2020, como se cita en Velásquez Figueroa, 2024).

Es importante señalar que los abusos sexuales en la infancia se relacionan con distintos efectos en la sexualidad adulta, tales como dificultades para relajarse, incapacidad para alcanzar el orgasmo, promiscuidad, explotación sexual o incluso abusos por parte de terceros (Godbout et al., 2020, citados en López Sánchez, 2020).

Procesos adaptativos y síndrome de acomodación en ASI

Para comprender estas dinámicas se ha propuesto el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil, que describe los mecanismos de adaptación que permiten a la víctima sobrevivir psicológicamente en contextos que no la protegen ni validan su sufrimiento. El síndrome se compone de cinco fases: el secreto, la impotencia, el atrapamiento y la acomodación, la revelación tardía y conflictiva, y la retractación. Cada etapa representa intentos de adaptación ante una realidad traumática que no puede ser nombrada ni elaborada, configurando una forma de supervivencia psíquica que se sostiene en el silencio y la sumisión. La vergüenza, el miedo y la dependencia emocional hacia los adultos dificultan la posibilidad de revelar el abuso. Cuando la revelación finalmente ocurre, las respuestas de incredulidad, negación o culpabilización por parte del entorno incrementan la sensación de desamparo, reforzando la dinámica de silencio y retraimiento que caracteriza a este síndrome. En muchos casos, la retractación aparece como una estrategia de autoprotección, al comprobar el niño que hablar del abuso genera conflicto y pérdida de

pertenencia. Este modelo no patologiza a la víctima, sino que ayuda a comprender los comportamientos paradójicos tras la victimización sexual, como el silencio, la ambivalencia o la negación (Summit, 1983). Las experiencias prolongadas de abuso y sometimiento, tienden a generar alteraciones en la regulación emocional, la identidad y los vínculos, que constituyen la base del trauma complejo (Herman, 1992).

Cuando los intentos de contar lo ocurrido son recibidos con incredulidad, reproches o rechazo, las víctimas suelen desdecirse, replegarse y retomar un funcionamiento marcado por el silencio, el secreto y la acomodación extrema al contexto abusivo. En estas condiciones, la vivencia traumática queda pobremente elaborada y el malestar tiende a desplazarse hacia el cuerpo y la conducta (Summit, 1983). Desde esta perspectiva, se entiende que el sufrimiento que no encuentra palabras puede expresarse mediante síntomas somáticos y trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, que operan como modos no verbales de pedir ayuda y de hacer visible aquello que no pudo ser creído ni nombrado en el vínculo (Losada, 2011).

Síntomas Psicosomáticos

Los trastornos psicosomáticos pueden entenderse como manifestaciones de estrés crónico con hipersensibilidad somatosensorial. La experiencia de ASI incrementa la predisposición al dolor, por lo que en situaciones de dolor crónico sin explicación orgánica aparente, conviene explorar antecedentes de abuso en etapas tempranas del desarrollo (Canals y Cornellà, 2008). Algunas personas pueden manifestar síntomas físicos sin explicación médica, como el síndrome de intestino irritable o dolor crónico, observado en hombres y mujeres adultos (Irish et al., 2011).

Las mujeres con síndrome de fibromialgia [SFM], presentan tasas más altas de abuso sexual a lo largo de la vida, abuso físico, abuso combinado físico y sexual y abuso de drogas, además de una tendencia a mayor abuso sexual infantil y trastornos alimentarios. La frecuencia y gravedad del abuso sexual, así como con el abuso físico y el consumo de

drogas, podrían influir en la manifestación y perpetuación del SFM en la vida adulta (Boisset-Piolo et al., 1995). A su vez, los TCA pueden surgir como resultado de no haber revelado el ASI (Pope y Hudson, 1996 como se cita en Losada, 2011).

Género, identidad y trauma

Un estudio realizado con datos de la cohorte longitudinal Growing Up Today Study examinó si la no conformidad con las normas de género antes de los 11 años, se asociaba con haber sufrido ASI y con mayor riesgo de TEPT en la juventud. Los resultados mostraron que, a mayor no conformidad de género, mayor prevalencia de abuso físico, psicológico y sexual en la infancia y, en paralelo, una probabilidad más alta de TEPT a lo largo de la vida. Además, la victimización por abuso explicó parcialmente la relación entre no conformidad de género y TEPT (mediación parcial). Esta asociación se mantuvo significativa aun controlando la orientación sexual, infiriendo que la no conformidad de género opera como un indicador independiente de vulnerabilidad frente al abuso y sus secuelas traumáticas (Roberts et al., 2012).

En varones que han sufrido ASI, se observa una tensión entre las exigencias culturales de ser hombre y la vivencia de la victimización. En este marco, la recuperación implica renegociar la masculinidad: revisar mandatos y, a la vez, resistirlos para habilitar emociones, pedir ayuda y reconstruir vínculos sin quedar fijados en el lugar de víctima o perpetrador. Un estudio cualitativo mostró que las lecciones tempranas de socialización masculina transmitidas por familia y pares, centradas en dureza, autosuficiencia emocional y rendimiento sexual, favorecieron el silenciamiento afectivo, el aislamiento y las dificultades para sostener relaciones cercanas. El proceso de sanar se describe como una renegociación activa de los guiones de género: reconocer vulnerabilidad, flexibilizar ideales de dureza y reconfigurar qué significa ser varón en la propia historia. Este movimiento de contener y resistir roles tradicionales se asocia con identidades más amplias y con el freno a la reproducción de la violencia en los vínculos (Kia-Keating et al., 2005).

Desde una perspectiva fenomenológica, otro estudio con varones adultos sobrevivientes de agresión sexual, exploró su experiencia vivida y su perspectiva de género. Del análisis emergieron cuatro ejes: (a) sentimientos contradictorios y conceptualizaciones difíciles, (b) revivir la vulnerabilidad, (c) respuestas emocionales y resistencia, y (d) revelación y creatividad. Por lo tanto, los hallazgos indican que la manera en que los hombres gestionan las normas de la masculinidad incide en cómo comprenden, procesan y expresan lo ocurrido; como estrategia de afrontamiento y camino de reparación frente a un pasado que persiste, los participantes tendieron a adoptar una identidad masculina alternativa (Petersson, 2019).

Consecuencias en la sexualidad de ámbos sexos

El ASI tiene consecuencias duraderas en la vida adulta, afectando la conducta sociosexual y las relaciones íntimas. Entre los hombres y mujeres que fueron víctimas, se observa que la manera en que se vivió el abuso puede influir en la sexualización de sus actitudes y en la búsqueda de múltiples parejas sexuales (Finkelhor y Brown, 1985; Monayo y Sierra, 2014, como se cita en Quijada, et al., 2024). Al mismo tiempo, se observan desajustes en las relaciones de pareja y dificultades sexuales, incluyendo insatisfacción, aversión al sexo, problemas para alcanzar el orgasmo y actitudes negativas hacia el propio cuerpo, así como posibles alteraciones en la identidad sexual de las víctimas (Finkelhor y Brown, 1985; Echeburúa y Corral, 2006; López et al., 2017, como se cita en Quijada, et al., 2024).

A largo plazo, puede aparecer mayor promiscuidad, riesgos de embarazo adolescente y molestias físicas relacionadas con el trauma, como dolores pélvicos, gastrointestinales o cardiovasculares. La gravedad y regularidad de estas consecuencias dependen de factores como la severidad y persistencia del abuso, la existencia de otros eventos adversos y los recursos de afrontamiento disponibles (Kendall-Tackett et al., 1993; Finkelhor y Brown, 1985, como se cita en Quijada, et al., 2024).

Las dificultades sexuales relacionadas con el ASI no se explican únicamente por una evitación consciente de la actividad sexual, sino también por procesos automáticos de desconexión a nivel atencional. Estas respuestas pueden interferir con la experiencia sexual incluso al involucrarse activamente en encuentros íntimos, afectando el deseo, la excitación y la satisfacción sexual dentro de la pareja (Jones y Lorenz, 2025).

Asimismo, la evidencia muestra que ciertos factores como la revictimización, la frecuencia del abuso o el momento evolutivo en que ocurrió, se asocian con variaciones significativas en el funcionamiento sexual adulto. Por ejemplo, se ha observado que, en casos de abuso más frecuente, puede incrementarse el deseo o la excitación en mujeres, mientras que en varones tiende a disminuir el deseo y aumentar la inhibición sexual. En ambos casos, la satisfacción suele reducirse cuando existen antecedentes de victimización en la adolescencia o adultez, incluso sin penetración, lo que subraya la importancia de considerar diferencias de género y severidad al evaluar estas consecuencias (Moyano y Sierra, 2015).

Estas dinámicas repercuten directamente en la vida de pareja, donde suelen aparecer mayores dificultades para sostener la intimidad, negociar prácticas sexuales, establecer confianza y comunicar necesidades o límites. Se han identificado mayores niveles de insatisfacción sexual, conflictos relacionales, conductas sexuales de riesgo y desajustes en la construcción de vínculos afectivos, lo cual evidencia que los efectos del ASI trascienden la esfera sexual y alcanzan el plano relacional y vincular (DiLillo, 2001; Rumstein-McKean y Hunsley, 2001; Randolph y Reddy, 2006; Pereda, 2010, como se citan en López et al., 2017).

Sumado a esto, una revisión sistemática que incluyó muestras adultas con antecedentes de ASI informó que, en la mayoría de los estudios analizados, se observó una asociación estadísticamente significativa entre el abuso en la infancia y la presencia de conducta sexual compulsiva o hipersexualidad en la vida adulta. A su vez, investigaciones

más recientes señalan que esta relación puede variar según el género, ya que los historiales de abuso sexual se vinculan con distintos niveles de hipersexualidad en hombres y mujeres adultos (Slavin et al., 2019; Slavin et al., 2020).

Sin embargo, algunos autores indican que el ASI no genera los mismos efectos en todas las personas. Si bien puede producir consecuencias negativas, algunos sobrevivientes no desarrollan problemas psicológicos a largo plazo. Esto muestra que las respuestas al abuso son variadas y dependen de factores personales y contextuales (Maniglio, 2016; Hailes et al., 2019).

Consecuencias en mujeres adultas

Las consecuencias sexuales en la vida adulta de mujeres sobrevivientes varían en función del tipo, la frecuencia y la severidad de los episodios vividos. Diversas investigaciones han mostrado, que aquellas que fueron víctimas de violencia sexual con penetración durante la infancia, tienden a presentar mayores dificultades sexuales que quienes no sufrieron abuso o solo experimentaron tocamientos. Se presentan problemas ginecológicos, baja satisfacción sexual, dificultades para alcanzar el orgasmo y mayor dolor durante las relaciones sexuales (Lacelle et al., 2012; López et al., 2017; Steel y Herlitz, 2007, como se cita en Tanaka y Maia, 2020). Asimismo, la satisfacción sexual puede verse aún más reducida cuando el agresor fue una persona conocida, reforzando sentimientos de traición y desconfianza (López et al., 2017, como se cita en Tanaka y Maia, 2020).

En igual sentido, la sexualidad adulta de las víctimas suele vincularse con síntomas psicológicos derivados del trauma, tales como pérdida de autoestima, depresión, miedo y culpa. Esta última cumple un papel significativo, ya que puede prolongar las disfunciones sexuales y agravarse frente a la desaprobación social o la falta de credibilidad hacia la víctima (Charam, 1997, como se cita en Tanaka y Maia, 2020). De igual modo, los estímulos de carácter sexual pueden reactivar recuerdos o emociones negativas relacionadas con las

experiencias abusivas, generando malestar y dificultando tanto la excitación como la vivencia placentera de la intimidad (Rellini et al., 2011).

En un estudio cuantitativo, comparativo y transversal, se analizaron mujeres con y sin antecedente de ASI, evaluando autoestima corporal y respuestas de excitación/inhibición -modelo de control dual-. Los resultados muestran que la baja autoestima corporal se asocia con mayor inhibición sexual en todas las participantes, mientras que la relación con la excitación sexual aparece solo en quienes reportan ASI; en este subgrupo, la percepción de atractivo sexual es el predictor más sólido de la excitación. Por ende, las mujeres con ASI exhiben menor autoestima corporal, especialmente en atractivo sexual, y estas evaluaciones impactan sus respuestas sexuales a través de las vías de excitación e inhibición (Kilimnik y Meston, 2016). Desde una perspectiva clínica y teórica, se describe que, en algunas sobrevivientes, el cuerpo opera como dispositivo de protección: emergen disfunciones o descensos marcados del deseo que restringen el involucramiento erótico con otras personas y con una misma; con frecuencia, estímulos táctiles específicos reactivan recuerdos intrusivos, tensando la intimidad y sosteniendo estrategias de evitación (Forges González, 2024).

Otro factor relevante es la edad de ocurrencia del abuso. Quienes lo padecieron entre los 13 y 18 años tienden a reportar mayores dificultades para alcanzar el orgasmo, pero menos dolor físico durante las relaciones, en cambio, los abusos antes de los 13 años, muestran mayor dolor y disfunciones persistentes (López et al., 2017, como se cita en Tanaka y Maia, 2020). En contraposición, algunas víctimas con múltiples episodios de violencia sexual, pueden manifestar niveles elevados de deseo o excitación sexual, aunque acompañados por dificultades de concentración o desconexión afectiva durante el acto sexual (Moyano y Sierra, 2014, como se cita en Tanaka y Maia, 2020).

No obstante, no todas las personas que sufrieron ASI presentan secuelas graves; los efectos varían según, factores situacionales y variables cognitivas, y se reducen cuando se

reemplaza la evitación por afrontamiento activo, se disminuye la autoinculpación y se fortalece un apego seguro (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Otros estudios han mostrado que las mujeres que sufrieron ASI intrafamiliar tienden a reproducir en la adultez patrones relacionales de desconfianza o búsqueda de cuidado. En estos casos, la figura paterna cuando es la agresora, se percibe como amenazante, lo que dificulta la construcción de vínculos afectivos saludables, y el establecimiento de relaciones de pareja basadas en la reciprocidad emocional (Castaño y Romero, 2015, como se cita en Cuero Valencia, 2023). Los antecedentes de abuso sexual también pueden incidir en la función sexual femenina, generando mayores niveles de ansiedad, preocupaciones sobre la seguridad y expectativas negativas hacia la experiencia sexual. Estos factores, sumados a síntomas de depresión y fatiga, incrementan la probabilidad de dificultades sexuales; no obstante, contar con una relación de pareja emocionalmente satisfactoria se asocia con una menor incidencia de disfunción sexual (Cedrés y Pombo, 2005).

Secuelas específicas en mujeres

En conjunto, la literatura ha descrito mayor probabilidad de actitudes negativas hacia la sexualidad, manifestadas en sentimientos de rechazo, evitación del contacto íntimo, disminución del placer y dificultades para establecer relaciones afectivas estables. Las experiencias tempranas pueden generar alteraciones persistentes en la percepción del cuerpo y en la capacidad de vincular la sexualidad con el disfrute, afectando la intimidad, la autoestima, y el funcionamiento relacional en la adultez (Wyatt, 1991; Mullen et al., 1994). Además, se señalan dificultades para alcanzar placer, excitación o deseo, dolor o evitación durante los encuentros sexuales, con manifestaciones como anorgasmia o retraso orgásmico, rigidez corporal, miedo anticipatorio, escasa lubricación o falta de interés sexual, que tensan la vivencia del cuerpo y la intimidad con otros (Velásquez Figueroa, 2024).

Desde una perspectiva diagnóstica, el DSM-5-TR clasifica estas presentaciones dentro de los trastornos sexuales femeninos, incluyendo el trastorno de interés/ excitación

sexual femenino, caracterizado por disminución persistente o recurrente del deseo, y de la respuesta de excitación, con malestar clínicamente significativo. En la práctica, puede observarse una desconexión deseo-respuesta corporal; en mujeres con antecedentes traumáticos, el contacto físico puede activar recuerdos de amenaza o miedo, favoreciendo la evitación. El trastorno orgásmico femenino se manifiesta por demora, infrecuencia o ausencia de orgasmo pese a una excitación adecuada. En algunas mujeres se registra aumento de tensión física sin clímax o pérdida del placer durante la relación sexual. Estos fenómenos pueden vincularse con culpa, vergüenza o miedo, emociones frecuentes tras experiencias de violencia sexual que interfieren con la entrega corporal y la vivencia placentera (American Psychiatric Association [APA], 2022). El trastorno de dolor genito pélvico/ de la penetración integra las categorías clásicas de vaginismo y dispareunia y se caracteriza por dolor, ansiedad anticipatoria o contracción involuntaria del piso pélvico frente a la penetración. En sobrevivientes de abuso, el cuerpo puede responder con rigidez o evitación ante la posibilidad de contacto íntimo, como parte de defensas aprendidas en contextos traumáticos (APA, 2022; Conn & Hodges, 2023).

Estas alteraciones suelen permanecer silenciadas en la consulta, dado que implican reconocer la dificultad para disfrutar de algo culturalmente considerado natural. Por lo que, las disfunciones sexuales derivadas de experiencias traumáticas son un motivo de consulta poco frecuente, pese a su alto impacto emocional y relacional. La recuperación terapéutica requiere, trabajar la reconexión con el propio cuerpo, la resignificación del placer y la reconstrucción de una vivencia sexual libre de amenaza (Velásquez Figueroa, 2024).

Impacto general del abuso sexual en hombres

En varones sobrevivientes, se describen barreras para la revelación del trauma asociadas al estigma social, a temores relativos a la orientación sexual y la internalización de la creencia de que el abuso fue consecuencia de su propia debilidad (Petreca y Burgess, 2024; Briere et al., 1988). Se han documentado casos de disminución del deseo sexual,

problemas de excitación, dificultades con el orgasmo, dolor durante la actividad sexual, disfunción eréctil y eyaculación precoz, lo que sugiere que el ASI puede tener efectos duraderos sobre la sexualidad masculina en la adultez (Petreca y Burgess, 2024; Najman et al., 2005). Sumado a esto, tienden a presentar en la adultez, mayores niveles de ansiedad, depresión y síntomas disociativos (Briere et al., 1988).

De acuerdo con una revisión, sobrevivientes de ASI presentan mayor riesgo de desarrollar ansiedad y múltiples disfunciones sexuales, entre ellas la evitación del contacto íntimo, el miedo a la relación sexual, problemas de erección o eyaculación, dificultades en el deseo y la excitación, incomodidad frente al contacto sexual y una marcada insatisfacción con su vida sexual. Igualmente, se describen comportamientos hipersexuales, y de riesgo que aumentan la probabilidad de infecciones de transmisión sexual y VIH (Easton et al., 2011; Gewirtz-Meydan y Opuda, 2022; O'Leary et al., 2017; Meyer et al., 2017; Markowitz et al., 2011; Mattera et al., 2018 como se cita en Petersson y Plantin, 2024).

Más allá de las disfunciones sexuales, el comportamiento sexual compulsivo tras el ASI, puede funcionar en algunos casos, para evitar la intimidad emocional y reafirmar la hombría. Este patrón, vinculado con dificultades en el apego, ha sido interpretado como una estrategia de afrontamiento para manejar sentimientos de inutilidad, normalizar la sexualidad y generar cercanía y afecto. La victimización puede ser estigmatizante, ubicándolos en posición de vulnerabilidad, impotencia y pasividad, lo que provoca sentimientos de inferioridad, vergüenza, culpa y baja autoestima. De modo que tienden a reforzar atributos masculinos tradicionales, con conductas hipersexuales, controladoras y agresivas (Gill y Tutty, 1999; Sivagurunathan et al., 2019; Meyer et al., 2017; Easton et al., 2014, 2019; Lisak, 1994 como se cita en Petersson y Plantin, 2024).

Cuando la intimidad de un hombre es dañada, suele aparecer una confusión ligada a la vergüenza, un pudor herido, que dificulta mostrarse ante otros y sostener la cercanía afectiva. Este efecto se intensifica cuando la agresión ocurrió en la infancia, etapa en la que aún se están formando los límites de la interioridad y su relación con lo público; por eso,

exponerse puede vivirse como amenazante y derivar en silencio o evitación. No es solo una herida del cuerpo: cambia la manera de habitar lo íntimo y de estar con los demás, la confianza y la proximidad (Navarro, 2015; Mazorra Vázquez y Man Ging, 2020).

Narrativas de sobrevivientes

En narrativas de varones adultos con antecedentes de ASI, la sexualidad masculina suele aparecer descrita en términos negativos y estrechamente vinculada a la experiencia traumática. Algunos relatos aluden a conductas sexuales compulsivas, como la masturbación reiterada o el sexo de alto riesgo, empleadas como una vía rápida para aliviar la angustia, pero que a largo plazo intensifican la vergüenza y el autodesprecio. Otros testimonios mencionan la evitación del contacto íntimo, situaciones en las que luego de aparente normalidad en la vida sexual de pareja, la reactivación de los recuerdos de abuso comienza a desencadenar imágenes intrusivas durante los encuentros sexuales y un progresivo deterioro del vínculo. En estos casos, la dificultad para sostener las relaciones sexuales puede entrar en tensión con expectativas de género que presuponen que los varones deben querer sexo con frecuencia, generando conflictos en la pareja y cuestionamientos sobre la masculinidad o la orientación sexual. Otros participantes viven su cuerpo como un obstáculo para la intimidad física y emocional: su cuerpo desnudo es un recordatorio del abuso, sienten repulsión y tienden a cubrirse incluso en situaciones íntimas. La vergüenza corporal afecta su autoestima para vincularse (Petersson y Plantin, 2024).

En el plano emocional, las dificultades para identificar y expresar lo que sienten, sensación de estar emocionalmente limitados o incapacitados para encuentros amorosos plenos y presencia de enojo interfiere en sus relaciones. Muchos se perciben distintos de otros varones y creen necesitar una pareja especialmente comprensiva para poder sostener un vínculo estable, lo que refuerza la idea de daño emocional y vulnerabilidad frente a las expectativas sociales sobre la masculinidad (Petersson y Plantin, 2024).

Construcción del deseo y elaboración de fantasías sexuales

Las experiencias de ASI dejan marcas en la sexualidad adulta, y las fantasías sexuales donde se entrelazan aspectos conscientes e inconscientes vinculados al trauma, a la búsqueda de control y a la resignificación de la experiencia. Las personas sobrevivientes tienden a reportar fantasías más atípicas, con mayor presencia de fuerza, sumisión, dominio y elementos de sadomasoquismo, y suelen iniciarse a edades más tempranas, vivirse como más intrusivas y complejas, reflejando la profunda influencia del trauma infantil en la vida sexual posterior (Gewirtz- Meydan y Opuda, 2023).

Los sobrevivientes han informado fantasías sexuales en una variedad de áreas, independientemente del género, quienes atravesaron ASI, presentaron mayormente fantasías de relaciones sexuales consentidas, de forzar a alguien a tener relaciones, de ser forzados, de participar en una orgía y de tener sexo con un desconocido. Las dos últimas se asociaron con la duración total de la historia de abuso sexual. Esta tendencia hacia la fantasía sexual puede reflejar una sexualización traumática: "... un proceso en el cual la sexualidad de un niño -incluyendo tanto sentimientos como actitudes sexuales- se configura de manera inapropiada para su desarrollo e interpersonalmente disfuncional como resultado del abuso sexual" (Finkelhor y Browne, 1985, p. 531).

Las mujeres que experimentaron ASI presentan con mayor frecuencia fantasías de ser forzadas a mantener relaciones sexuales, siendo esta tendencia más marcada cuando el abuso ocurrió en edades tempranas. Estas fantasías parecen surgir de asociaciones condicionadas entre los elementos de dominación y los estímulos sexuales experimentados durante la victimización, de modo que la agresión y la sexualidad se integran en la imaginación de la víctima. Este patrón no implica que las mujeres deseen ser agredidas, sólo refleja cómo puede influir en sus fantasías sexuales posteriores el ASI (Briere, 1994).

A su vez, los guiones socioculturales contribuyen a esa articulación entre sexo y sumisión. Con frecuencia, las mujeres son socializadas para valorar la fuerza y dominancia

en sus parejas, y la sumisión como respuesta femenina normativa. Desde esta mirada, las fantasías femeninas que incluyen violación o elementos masoquistas se entienden como efectos de ese lugar socialmente impuesto y de la represión sexual que lo acompaña. De manera similar, se encontró que una socialización infantil que incluyó exposición a la pornografía incrementó tanto las actitudes favorables hacia la violación, como la frecuencia de reportes de fantasías sexuales que implicaban ser forzadas a tener relaciones (Russell, 1980; Come et al., 1992 como se cita en Briere, 1994). Reconocer que algunas mujeres tengan fantasías sadomasoquistas, no implica que ello justifique la violación o la agresión sexual. Es necesario distinguir entre fantasía y deseo, ya que una mujer que imagina ser violada durante el acto sexual, no está deseando esa experiencia, y frente a una violación real, se resiste y sufre tantos trastornos y traumas psicológicos como cualquier otra (Llanos, 2006). El problema surge entonces, cuando la erotización de la dominación se interpreta como una supuesta tendencia masoquista en las mujeres, lo que impediría cuestionar la pornografía denigrante y promover un cambio cultural. Se debe buscar las raíces de esta violencia sexual simbólica, que se produce en la pornografía, en la misma relación entre los sexos y en la construcción sociocultural de lo femenino y lo masculino, así como en las dinámicas entre varones y mujeres, incluida la configuración de las identidades de género (Llanos, 2006).

En promedio, se reportan más fantasías no restringidas, contenidos atípicos y temas de fuerza, dominación–sumisión y sadomasoquismo, así como un inicio más temprano y mayor intrusividad. De ahí, lo importante de explorar cómo se han desarrollado y percibido dichas fantasías, evaluando su impacto en la salud, el funcionamiento y la satisfacción sexual, propia y de la pareja (Gewirtz-Meydan y Opuda, 2023).

Resiliencia y estrategias de afrontamiento

Tras experiencias potencialmente traumáticas, las trayectorias pueden variar: disfunción persistente, aparición tardía de síntomas, recuperación gradual o un

funcionamiento resiliente (Bonanno, 2004; Bonanno y Mancini, 2012, como se cita en Echeburúa y Amor, 2019). En este marco, la resiliencia es la posibilidad de retomar un nuevo desarrollo, luego de haber sufrido una experiencia de agonía psíquica traumática (Cyrulnik, 2003). La resiliencia se construye en la historia de vida y en la interacción con figuras significativas o tutores de resiliencia, grupos, lugares o acontecimientos que impulsan un nuevo crecimiento psicológico tras la adversidad (Cyrulnik, 2005, como se cita en Pinto Cortez, 2014).

Por otra parte, se ha propuesto un modelo de estrategias cognitivas y emocionales, que incluye habilidades resilientes como la gestión activa de sentimientos de impotencia y un locus de control interno. Este último se refiere a la creencia de que los resultados dependen principalmente del propio esfuerzo y conducta, más que del azar o de fuerzas externas, es decir, favorece estrategias resilientes porque la persona atribuye el cambio a sus acciones y regula mejor sus emociones ante la adversidad (Rotter, 1966).

En sobrevivientes de ASi, se han identificado múltiples factores asociados con la resiliencia, recursos internos como autoestima, habilidades de afrontamiento, reinterpretación de las experiencias, y recursos familiares y comunitarios: amistades, escuela, iglesia, que contribuyen a la recuperación y adaptación positiva (Marriott et al., 2013). Desde esta perspectiva, la resiliencia depende tanto de las características individuales de la víctima, como de los recursos disponibles en su entorno sociofamiliar y comunitario, los cuales pueden actuar como factores protectores frente a la adversidad, y se ve favorecida por experiencias de buen trato y acompañamiento terapéutico, donde los profesionales de la salud mental y del ámbito social cumplen un rol esencial en la promoción de la recuperación y el bienestar integral (Pinto Cortez, 2014).

Las estrategias de afrontamiento se entienden como esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio, que permiten a la persona enfrentar demandas internas o externas. Por lo que, se subraya la relevancia del afrontamiento ante situaciones

estresantes, como el ASI, ya que actúa como mediador entre el evento traumático y sus consecuencias emocionales (Lazarus, 1993 como se cita en Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Desde esta mirada evolutiva, el afrontamiento constituye estrategias específicas utilizadas en función de cada situación. Entre los factores que inciden en la resiliencia, destacan los ambientales y, de manera particular, las variables cognitivas de la víctima, como las estrategias de afrontamiento, las atribuciones de responsabilidad, las emociones vinculadas al abuso y el estilo de apego. Considerando lo anterior, reemplazar estrategias de evitación por estrategias de aproximación, reducir la autoinculpación y la culpabilización hacia la familia, así como trabajar sobre las dinámicas traumatogénicas -traición, estigmatización, indefensión y sexualización traumática- y promover un apego seguro, constituyen elementos centrales para prevenir secuelas posteriores (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Desde un enfoque clínico, se distinguen estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas. Las primeras favorecen la recuperación progresiva, se apoyan en la aceptación del hecho traumático y en una reinterpretación constructiva de lo ocurrido, e implican búsqueda de apoyo social, resolver y afrontar problemas, en lugar de evitar las situaciones que evocan el trauma. En el plano emocional, se vincula con la posibilidad de expresar el malestar ante figuras de apoyo, y de desarrollar sentimientos de compasión y perdón. En cambio, las estrategias desadaptativas tienden a mantener la dramatización y obstaculizan la recuperación: se caracterizan por la negación del evento, el aislamiento social, la evitación persistente de los recordatorios del abuso y el recurso al consumo de sustancias, junto con emociones de odio, deseos de venganza, resentimiento y culpa (Beyebach y García, 2022, como se cita en Velásquez Figueroa, 2024).

En varones que sobrevivieron a ASI, los relatos muestran que pueden distanciarse progresivamente de una autocomprensión negativa ligada al abuso y construir formas más positivas de valorarse a sí mismos (Andersen, 2008, como se cita en Petersson y Plantin, 2024). Algunos desarrollan resiliencia en relaciones íntimas, atravesando desafíos como odio hacia sí mismos, inseguridad, restricción emocional o crisis de identidad masculina, y

renegociando estos mandatos para incorporar empatía, confianza y apertura afectiva (Crete y Singh, 2015, como se cita en Petersson y Plantin, 2024). Compartir las vivencias traumáticas con una pareja empática y segura, junto con la intervención terapéutica y dinámicas relacionales más igualitarias, facilita la construcción de intimidad, el bienestar sexual y nuevas formas de entender las masculinidades, permitiendo resignificar el abuso como parte de un proceso de crecimiento personal (Petersson y Plantin, 2024).

En un estudio cualitativo, la recuperación tras el ASI se describe como un proceso continuo y no lineal, hecho de altibajos, crisis y nuevas formas de resignificar lo vivido. Las mujeres relatan que avanzar exige un esfuerzo, muchas se piensan más como guerreras que como simples sobrevivientes. La maternidad les da propósito y refuerza el rol protector. El silencio impuesto por otros, las lleva a ocultar su historia hasta que logran romperlo, aun perdiendo vínculos. Rememoran estrategias tempranas de afrontamiento, como fantasear con huir, que les permitieron soportar el abuso y conservar cierta sensación de control. La participación en grupos terapéuticos, a pesar de la vergüenza y miedo al juicio, facilita el cierre de asuntos pendientes, el reconocimiento de recursos propios y el fortalecimiento del rol de cuidadoras, sostenido por figuras de confianza, el vínculo con otras sobrevivientes y una escucha empática, favorece la autonomía y reduce la reactivación de la vulnerabilidad infantil (Jackson, 2017).

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo narrativa, caracterizada por un análisis crítico y síntesis descriptiva de la literatura relevante. En este sentido, en una revisión bibliográfica, el trabajo del investigador consiste en analizar, comparar y organizar distintos estudios académicos con el objetivo de armar un recorte conceptual propio y una síntesis actualizada del conocimiento (Losada et al., 2022).

Las búsquedas se efectuaron en Google Scholar, PubMed/MEDLINE, PsycINFO, SciELO, Redalyc y Dialnet durante agosto–noviembre de 2025, en español, inglés y

portugués, empleando combinaciones booleanas de los términos “consecuencias de abuso sexual infantil”, “consecuencias del abuso sexual infantil en la sexualidad adulta”, “sexualidad en personas con trauma sexual”, “fantasías sexuales en sobrevivientes de abuso sexual infantil” y “disfunciones sexuales en hombres y mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil” (heterosexuales). Solo en estado del arte se aplicó filtro 2020-2025. Además se incorporaron conceptos de autores clásicos sobre la temática y se utilizó inteligencia artificial como asistente de búsqueda generando consignas claras cómo encontrar un artículo científico que describa un concepto específico, publicado en revistas indexadas y que presenten DOI.

Se incluyeron investigaciones teóricas, empíricas y revisiones relacionadas con sexualidad en la adultez de personas heterosexuales con antecedente de ASI, y se excluyeron trabajos centrados solo en población infanto- juvenil, materiales no académicos y estudios biomédicos sin variables psicosociales/ sexuales. La selección de los documentos se llevó a cabo mediante cribado por título/ resumen, lectura a texto completo y búsqueda por bola de nieve; es decir, se buscaron nuevos trabajos a partir de las referencias de los artículos ya encontrados, descartándose aproximadamente 196 registros, y finalmente incluyendo 81 artículos. Para organizar la información, se construyó una matriz que reunió para cada estudio, las características de la población, los instrumentos empleados, los principales resultados por ejes y las limitaciones señaladas. Sobre esta sistematización se llevó a cabo una síntesis temática, articulando los hallazgos con el marco teórico y con los objetivos de la investigación.

RESULTADOS

Los resultados se organizaron a partir de la síntesis de los estudios revisados, siguiendo de manera directa el objetivo general y los objetivos específicos planteados para esta investigación.

En cuanto al objetivo general, los resultados hallados permiten dar respuesta al mismo, al mostrar que el ASI se ha asociado con múltiples repercusiones en la vivencia y configuración de la sexualidad adulta heterosexual. El análisis evidenció afectaciones en el deseo, la intimidad, el funcionamiento sexual, la percepción corporal y la construcción de los vínculos afectivos, lo que aporta una comprensión integral del fenómeno estudiado.

Para el primer objetivo específico, orientado a caracterizar los principales trastornos psicológicos y disfunciones sexuales asociadas al trauma sexual infantil en adultos heterosexuales, la revisión muestra que, en mujeres son frecuentes la anorgasmia, la dispareunia, el vaginismo y la disminución del deseo, acompañadas de culpa, vergüenza, miedo al dolor y dificultad para relajarse durante la intimidad. En varones predominan la disfunción eréctil de origen psicógeno, la inhibición del deseo en contextos afectivos y, en algunos casos, conductas sexuales impulsivas vinculadas a la ansiedad o a mandatos de masculinidad. En ambos sexos pueden aparecer fenómenos de disociación, sensación de extrañeza corporal y oscilaciones entre inhibición sexual e hipersexualidad, que funcionan como intentos de regular el malestar pero suelen generar angustia y experiencias de revictimización.

En cuanto al segundo objetivo, orientado a analizar las diferencias en la vivencia de la sexualidad, entre varones y mujeres heterosexuales sobrevivientes de ASI, la literatura muestra matices claros según el género. En mujeres se observa una mayor prevalencia de dolor ginecológico, dificultades orgásmicas, menor satisfacción sexual y una fuerte carga emocional vinculada al trauma, especialmente cuando el abuso incluyó penetración o se desarrolló en un contexto familiar. En varones, se describen con mayor frecuencia dificultades de erección, inhibición sexual en relaciones afectivas significativas, y el uso de la sexualidad como estrategia para aliviar la angustia o reafirmar mandatos de masculinidad. En ambos casos, los

mandatos de género tradicionales influyen en la forma en que se significan los efectos del abuso y pueden dificultar la búsqueda de ayuda.

En relación con el tercer objetivo, que aborda los factores implicados en la construcción de la identidad sexual, la expresión del deseo y las relaciones de pareja, los estudios coinciden en que el abuso sexual infantil afecta profundamente el vínculo con el propio cuerpo y la forma en que se vive el deseo. Se registran dudas respecto de la orientación sexual, dificultad para distinguir el deseo auténtico de respuestas condicionadas por el trauma y sentimientos de extrañeza respecto de la propia sexualidad. En los vínculos de pareja, se describen patrones de dependencia emocional, sumisión, miedo al abandono, así como la repetición de dinámicas marcadas por el control, la desigualdad o la violencia. En otros casos, aparece una fuerte evitación del contacto afectivo o sexual como estrategia de autoprotección, lo que dificulta la construcción de relaciones íntimas seguras.

En el caso del cuarto objetivo, destinado a identificar las estrategias de afrontamiento predominantes frente a las dificultades psicológicas, sexuales y vinculares derivadas del trauma, los estudios revisados describen tanto respuestas desadaptativas como adaptativas. Entre las primeras se encuentran la disociación, la evitación persistente del contacto íntimo, las conductas sexuales compulsivas, el consumo problemático de sustancias y las autolesiones, que procuran aliviar de manera transitoria el malestar, pero refuerzan la desconexión emocional, el aislamiento y la culpa. Entre las respuestas más adaptativas se mencionan la búsqueda de apoyo terapéutico, la participación en espacios grupales y la construcción de vínculos afectivos más seguros, los cuales se asocian a una mejor regulación emocional y a una experiencia sexual menos condicionada por la historia traumática.

El último objetivo se centra en explorar los procesos de resiliencia y resignificación que permiten una experiencia sexual satisfactoria en la adultez. La revisión indica que, si bien el ASI deja marcas profundas, estas no determinan de forma definitiva la vida sexual ni vincular. La presencia de vínculos empáticos, redes de apoyo, intervenciones terapéuticas especializadas y contextos que validen la experiencia de la persona actúa como un conjunto de factores protectores que favorecen la resignificación del trauma. Entre los procesos vinculados con la resiliencia se destacan la reconstrucción de la narrativa personal, el fortalecimiento de la autonomía, el desarrollo de una mayor conciencia corporal y la puesta en práctica de límites más claros en los vínculos. Estos elementos facilitan una vivencia sexual más libre, coherente con el propio deseo y menos condicionada por los efectos del abuso.

SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

El presente trabajo permitió profundizar en la comprensión de cómo las experiencias de ASI inciden en la sexualidad adulta. Se muestra que las secuelas no se limitan al plano físico del placer, sino que atraviesan el plano emocional, vincular e identitario y sexual en un sentido amplio. A través de la revisión, se constató que las secuelas del abuso son amplias y complejas, y que no se padecen de igual manera en todas las personas, sino que dependen del tipo de abuso, la relación con el agresor, la edad en que ocurrió el hecho y los recursos personales y sociales disponibles.

En la adultez, las personas suelen presentar disfunciones sexuales como anorgasmia, vaginismo, disfunción eréctil o deseo sexual hipoactivo, junto con dificultades emocionales y relacionales derivadas del trauma que el ASI dejó. Estas manifestaciones se relacionan con la desconfianza, la vergüenza, la disociación y la dificultad para establecer vínculos íntimos seguros. También pueden surgir conductas de hiperactividad sexual o promiscuidad, que pueden entenderse como intentos inconscientes de reparar el daño o

recuperar control sobre el propio cuerpo, aunque muchas veces deriven en sentimientos de vacío, culpa o revictimización. En este marco, pueden aparecer estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el consumo problemático, las conductas autolesivas o la evitación crónica del contacto íntimo, que dan cuenta del esfuerzo por manejar un sufrimiento que desborda

Otro aspecto relevante, se vincula con la aparición de fantasías eróticas asociadas al trauma. Estas surgen como una forma de procesamiento psíquico de lo vivido. No necesariamente expresan deseo real, sino que funcionan como escenarios donde la persona intenta resignificar o dominar la experiencia traumática. Sin embargo, cuando no son comprendidas en el marco terapéutico, pueden generar confusión, vergüenza y sufrimiento, profundizando la dificultad para disfrutar de la sexualidad sin culpa ni miedo. Asimismo, los estudios señalan que el abuso puede impactar en la construcción de la identidad sexual y en la vivencia de la orientación, especialmente cuando se articulan con mandatos de género rígidos y contextos familiares o sociales poco contenedores.

Los problemas en las relaciones de pareja constituyen otro eje central. Las secuelas del abuso pueden traducirse en patrones de dependencia, sumisión o evitación afectiva, así como en dificultades para sostener la intimidad y la confianza. En algunos casos, las dinámicas revictimizantes se repiten, es decir, reproducen experiencias de control, miedo o desigualdad. En otros, la evitación del contacto físico o emocional, se convierte en un modo de autoprotección frente al recuerdo del abuso. Estas configuraciones se expresan distinto en mujeres y varones, lo que subraya la importancia de incorporar una perspectiva de género y diversidad sexual en la comprensión del fenómeno.

Aun así, los hallazgos muestran que el trauma no determina de manera irreversible la vida sexual ni vincular. La presencia de factores protectores, como el acompañamiento empático, la terapia y los vínculos saludables, puede favorecer procesos de resiliencia y resignificación. Desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas y poder elaborar el

trauma en un contexto terapéutico seguro, resulta clave para reconstruir una sexualidad libre, cuidada y conectada con el propio deseo.

En definitiva, esta revisión reafirma que el ASI deja huellas profundas en la sexualidad y los vínculos adultos, pero también que existe la posibilidad de construir caminos de recuperación, placer y bienestar. Si bien, los hallazgos no son generalizables, ofrecen un marco conceptual que puede orientar la práctica clínica y futuras investigaciones, especialmente en contextos latinoamericanos. Para ello, resulta fundamental que los trabajadores de la salud mental sostengan una actitud empática, reflexiva y respetuosa, junto con una formación actualizada, que permita brindar acompañamientos sensibles y efectivos. De este modo, es posible favorecer procesos de reparación subjetiva y promover el derecho al disfrute y al deseo.

APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo aporta nuevos aspectos o nuevos enfoques a la ciencia

El presente estudio teórico ofrece una contribución relevante al campo de la sexualidad y el ASI, ya que reúne y organiza evidencia clínica, empírica y sociocultural que habitualmente aparece dispersa en la literatura. Este enfoque integrador permite comprender la sexualidad adulta desde una perspectiva amplia, que no se limita a las disfunciones sexuales, sino que incorpora procesos subjetivos como la identidad, la regulación emocional, la historia vincular y el sentido del cuerpo. También aporta un análisis diferenciado por género, un aspecto poco desarrollado en trabajos previos y fundamental para comprender cómo las mujeres y los varones heterosexuales expresan, elaboran o evitan la sexualidad luego de experiencias de abuso temprano. Esta visión más compleja ofrece un marco actualizado que enriquece tanto el debate teórico como la práctica clínica.

El trabajo aporta aspectos totalmente originales a la ciencia

Los aportes de este trabajo resultan relevantes al mostrar cómo las experiencias de ASI se manifiestan en la sexualidad adulta a través de respuestas corporales y emocionales específicas que no suelen integrarse en conjunto en la literatura. La revisión articula de manera novedosa cómo la somatización puede activarse durante la intimidad, revelando que el cuerpo conserva y expresa partes del trauma aun cuando la persona no lo recuerde de forma consciente.

Se ofrece una lectura poco explorada sobre la relación entre fantasías sexuales, evitación o hiperactivación sexual y los modos de afrontamiento y resiliencia que las personas construyen en la adultez para lidiar con los efectos del abuso temprano. Se describen estas conductas, no como síntomas aislados, sino como modos complejos en que el trauma temprano se inscribe en el deseo, la búsqueda de contacto o el rechazo del mismo. También se integran hallazgos que muestran la relación: ASI-sexualidad adulta con disociación, ansiedad, depresión, ideas suicidas y trastornos alimentarios, los cuales pueden influir directamente en la vivencia del placer y en la posibilidad de cultivar, afianzar, la intimidad emocional y sexual.

El aporte original radica en proponer una comprensión integrada donde cuerpo, emoción y sexualidad forman un entramado que organiza la respuesta adulta frente al contacto íntimo. Esta articulación, poco desarrollada en revisiones previas en español, ofrece un marco explicativo que permite comprender por qué la intimidad sexual puede convertirse en un espacio de tensión, miedo, desconexión o inseguridad para algunas personas sobrevivientes, mientras que otras pueden experimentar formas más estables de vinculación, deseo o disfrute, en función de sus recursos subjetivos, del apoyo recibido y de los procesos de afrontamiento y resiliencia desarrollados en la adultez.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Sin desmedro de los aportes del trabajo, se reconocen límites propios del alcance y del diseño de la revisión. La evidencia reunida es heterogénea, con predominio de estudios observacionales y cortes transversales que utilizan muestras, instrumentos y periodos diferentes. Esto dificulta la comparación directa entre hallazgos y no permite, en este formato, estimar tamaños de efecto ni establecer direccionalidad causal. Este trabajo lo compensa mediante una síntesis temática, que organiza los resultados por ejes relevantes, y asume que las conclusiones deben interpretarse desde la verosimilitud y no de causalidad.

Parte del marco conceptual proviene de literatura internacional producida en el norte global. Su traslado al contexto argentino exige una lectura situada y prudente. Además, la propia delimitación del trabajo a población adulta heterosexual acota de manera explícita el alcance de los resultados, que no buscan generalizarse a otras orientaciones. Esta delimitación fortalece la coherencia interna y orienta posibles búsquedas futuras.

En perspectiva de género, el trabajo visibiliza trayectorias diferenciales entre mujeres y varones, aunque persiste la menor presencia de estudios con varones en la literatura disponible.

Puede operar un sesgo de confirmación, dado que gran parte de la bibliografía tiende a documentar asociaciones entre antecedentes de ASI y dificultades en la vida sexual adulta. Para atenuarlo, resulta pertinente incorporar con mayor relieve investigaciones con resultados nulos o matizados y discutirlos dentro del mismo marco explicativo, lo que favorece el equilibrio interpretativo y la solidez de la revisión.

Por último, también puede existir sesgo de idioma por el recorte principal en español e inglés. Estos límites no desmerecen los resultados; acotan el alcance de las afirmaciones y señalan mejoras factibles para futuras versiones, como el registro de un protocolo, la ampliación de la búsqueda y la evaluación sistemática de calidad.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Enfoques terapéuticos eficaces para la sexualidad post-trauma: Profundizar en la eficacia de distintos abordajes terapéuticos para adultos con antecedentes de ASI, incluyendo terapia sexual individual y de pareja, modelos centrados en el cuerpo, mindfulness, EMDR, terapia sensoriomotriz, terapia focalizada en las emociones, intervenciones basadas en la compasión y enfoques integrativos. Analizar cómo estos tratamientos favorecen la regulación emocional, la presencia corporal, la disminución de intrusiones, el manejo del dolor y la recuperación del deseo y del placer.

Sexualidad post-trauma en población LGBTI+: Ampliar la evidencia hacia personas LGBTI+ sobrevivientes de ASI, examinando cómo el trauma interactúa con experiencias de discriminación, mandatos de género, estigma y diversidad vincular. Evaluar intervenciones adaptadas a estas necesidades específicas y evitar extrapolar resultados obtenidos únicamente en población heterosexual.

Espiritualidad, sentido y reconstrucción sexual: Explorar cómo las creencias espirituales (religiosas o no religiosas) influyen en la vivencia del cuerpo, la elaboración del trauma, la construcción de intimidad y el significado del placer. Identificar cuándo la espiritualidad opera como recurso protector y cuándo puede intensificar sentimientos de culpa o vergüenza sexual.

Dinámicas de pareja, comunicación sexual y recuperación conjunta: Investigar cómo las parejas reconstruyen la intimidad emocional y sexual cuando una o ambas personas han atravesado ASI. Esto incluye estudiar intervenciones centradas en consentimiento, negociación de límites, manejo de intrusiones y dolor, comunicación emocional, co-regulación afectiva y validación mutua. Asimismo, resulta fundamental comprender, a través de testimonios y experiencias subjetivas, cómo se resignifica la confianza, la seguridad y el encuentro íntimo dentro del vínculo.

Narrativas de recuperación y experiencias cotidianas: Profundizar en estudios cualitativos que recojan relatos personales sobre deseo, placer, dolor e intimidad. Explorar cómo los sobrevivientes interpretan su historia sexual, qué significados atribuyen al cuerpo y al erotismo, y qué recursos personales, vinculares y comunitarios facilitan trayectorias de resiliencia.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM–5–TR)*. American Psychiatric Association.

Baumgartner, N. (2024, 7 de mayo). *Sexualidad y trauma: Aportes desde la sexología* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=3eUqQoCd4Tg>

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Briere, J., Evans, D., Runtz, M. & Wall, T. (1988). Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(3), 457-461.

Briere, J. (1994). Sexual fantasies, gender, and molestation history. *Child Abuse & Neglect*, 18(2), 131–137. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90115-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90115-5)

Briere, J. & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (2nd ed.)*. SAGE Publications.

Boisset-Piolo, M. H., Esdaile, J. M. & Fitzcharles, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis and Rheumatism*, 38(2), 235–241. <https://doi.org/10.1002/art.1780380212>

Canals i Cornellà, J. (2008). Trastornos psicósomáticos. *Pediatría Integral*, 12(9), 889–898. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-11/trastornos-psicosomaticos/>

Cantón-Cortés, D. & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552–561. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>

Canivet, C., Lafortune, D., Bolduc, R. & Godbout, N. (2024). A qualitative analysis of sexual fantasies among childhood sexual abuse survivors and non-victims. *Journal of Child Sexual Abuse*, 33(8), 970–986. <https://doi.org/10.1080/10538712.2024.2415553>

Cedr s, S. & Pombo, R. (2005). Disfunciones sexuales femeninas. *Plenus*, 1(1), 1–9.

Chiappe, M. V. y Teti, G. L. (2016). Trauma complejo. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 27(126), 125–132.

Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L. & Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 749–755. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.5.749>

Cyrulnik, B. (2019). Entretien avec Boris Cyrulnik. *International Review of the Red Cross*, 101(910), 1-16. <https://doi.org/10.1017/S1816383119000360>

Conn, A. & Hodges, K. R. (2023). Descripción general de la función y disfunción sexual femenina. *Merck Manual Versión Profesional*.
<https://www.merckmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/female-sexual-function-and-dysfunction/overview-of-female-sexual-function-and-dysfunction>

Courtois, C. A. & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.

Cuero Valencia, E. (2023). *Estrategias que se han implementado en Latinoamérica para prevenir la dependencia (con o sin sustancias) en víctimas de abuso sexual en la infancia: Estado del arte 2013–2022* [Trabajo de grado, Universidad de San Buenaventura]. Repositorio Institucional Universidad de San Buenaventura.
<https://hdl.handle.net/20.500.12494/52234>

Despentes, V. (2007). *Teoría King Kong* (B. Preciado, Trad.). Melusina.

Echeburúa, E. & Amor, P. J. (2019). Memoria traumática: Estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71–80.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082019000100071>

Forges González, F. (2024). Habitar el trauma: Aproximación al proceso de reapropiación de las corporalidades en personas sobrevivientes de abuso sexual infantil desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Actualizaciones en Psicoterapia Integrativa*, 16, 59–76.

Gauthier-Duchesne, A., Fernet, M., Hébert, M., Guyon, R., Tardif, M. & Godbout, N. (2024). The externalization of suffering among male survivors of child sexual abuse: “A deeply buried rage that must come out”. *Psychology of Men & Masculinities*, 25(2), 142–151.
<https://doi.org/10.1037/men0000453>

Gewirtz-Meydan, A. & Godbout, N. (2023). Between pleasure, shame, and dissociation: How trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 141, 106195. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106195>

Gewirtz-Meydan, A. & Opuda, E. (2023). The sexual fantasies of childhood sexual abuse survivors: A rapid review. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(2), 441–453.
<https://doi.org/10.1177/15248380211030487>

Gewirtz-Meydan, A. (2025). Adapting sensate focus for sexual abuse survivors: A trauma-informed approach to reclaiming body and intimacy. *Sexual Health & Compulsivity*, 32(3), 205–220. <https://doi.org/10.1080/26929953.2025.2479548>

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)

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Instituto de Capacitación, Estudios y Prevención en Humanidades. (2021). *Manual sobre abuso sexual intrafamiliar*. ICEPH. <https://www.iceph.cl/wp-content/uploads/2021/11/Manual-Abuso-Sexual-Intrafamiliar.pdf>

Irish, L., Kobayashi, I. & Delahanty, D. L. (2011). Childhood sexual abuse and health problems in adulthood. *Journal of Traumatic Stress, 24*(4), 413–421. <https://doi.org/10.1002/jts.20611>

Jackson, C. J. M. (2017). *Women's lived experience of recovery from childhood sexual abuse, and their perception of the role of mental health services* [Doctoral dissertation, Cardiff University].

Jones, H. & Lorenz, T. (2025). Direct behavioral measures reveal that sexual trauma survivors are not more likely to intentionally avoid sexual stimuli. *The Journal of Sexual Medicine, 22*(1), qdaf068.055. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf068.055>

Kia-Keating, M., Grossman, F. K., Sorsoli, L. & Epstein, M. (2005). Containing and resisting masculinity: Narratives of renegotiation among resilient male survivors of childhood sexual abuse. *Psychology of Men & Masculinity, 6*(3), 169–185. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.6.3.169>

Kilimnik, C. D. & Meston, C. M. (2016). Role of body esteem in the sexual excitation and inhibition responses of women with and without a history of childhood sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(11), 1718–1728. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.004>

Lynch, A. (2023). Reclaiming sexual empowerment after childhood sexual abuse. *Irish Journal of Counselling and Psychotherapy, 23*(4), 25–30.

Llanos, G. C. (2006). Erotismo, violencia y género: deseo femenino, femineidad y masculinidad en la pornografía. *La Manzana de la Discordia*, 1(2), 53–65.

López Sánchez, F. (2020). Abusos sexuales. *Familia: Revista de Ciencias y Orientación Familiar*, 58, 133-148.

<https://revistas.upsa.es/index.php/familia/article/view/128/82>

López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J. & Fernández, M. I. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210–219.

Losada, A. V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias* [Tesis de doctorado, Universidad Católica Argentina, Facultad de Psicología y Psicopedagogía].

Losada, A. V. (2011). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201–229.

Losada, A. V. & Saboya, M. (2013). Abuso sexual infantil y trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 102-134.

Losada, A. V., Zambrano-Villalba, C. & Marmo, J. (2022). Clasificación de métodos de investigación en psicología. *Psicología UNEMI*, 6(11), 13–31.

Maniglio, R. (2016). *The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews*. *Clinical Psychology Review*, 51, 48–59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.003>

Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C. & Harrop, C. (2013). Factors promoting resilience following childhood sexual abuse: A structured, narrative review of the literature. *Child Abuse Review*, 23(1), 17–34. <https://doi.org/10.1002/car.2210>

Mazorra Vázquez, A. & Man Ging, C. I. (2020). Sexualidad reconciliada: Mirada teológica hacia un horizonte esperanzador para víctimas de abuso sexual. *Cuestiones*

Teológicas, 47(107), 123–146.

https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-131X2020000100123

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (2021). *Informe anual sobre denuncias por delitos contra la integridad sexual*. Programa Las Víctimas contra las Violencias, Dirección Nacional de Políticas de Género.

Ministerio Público Fiscal de la Nación. (2023). *Informe estadístico anual: Delitos contra la integridad sexual*. Dirección General de Políticas de Género y DOVIC.

Moyano, N. y Sierra, J. C. (2015). Funcionamiento sexual en hombres y mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia y en la adolescencia/ adultez. *Anales de Psicología*, 31(1), 32–41. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.163841>

Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E. & Herbison, G. P. (1994). The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *The British Journal of Psychiatry*, 165(1), 35–47. <https://doi.org/10.1192/bjp.165.1.35>

Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M. & Coxeter, P. R. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *The Medical Journal of Australia*, 183(5), 247–250. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2005.tb07114.x>

Navarro, R. E. (2015). De lo humano vulnerado a lo humano resignificado: Desde la experiencia espiritual de Ety Hillesum. *Cuestiones Teológicas*, 42(97), 205–228.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

f

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11): Trastorno de estrés postraumático (6B40)*.
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>

Petersson, C. C. (2019). Breaking with norms of masculinity: Men making sense of their experience of sexual assault. *Clinical Social Work Journal*, 47, 372–383.
<https://doi.org/10.1007/s10615-019-00699-y>

Petersson, C. C. & Plantin, L. (2024). Overcoming challenges of intimacy: Male child sexual abuse survivors' experiences of achieving healthy romantic relationships in Sweden. *Journal of Family Violence*, 39(6), 1107–1120. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00576-w>

Petrecu, V. G. & Burgess, A. W. (2024). Long-term psychological and physiological effects of male sexual trauma. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. Advance online publication. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.230076-23>

Pinto-Cortez, C. G. (2014). Resiliencia Psicológica: Una aproximación hacia su conceptualización, enfoques teóricos y relación con el abuso sexual infantil. *Summa psicológica UST*, 11(2), 19-33.

Poirson, L., Robin, M., Shadili, G., Lamothe, J., Corruble, E., Gressier, F. & Essadek, A. (2023). Male victims of sexual abuse: Impact and resilience processes, a qualitative study. *Healthcare*, 11(13), 1868. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131868>

Presidencia de la Nación. (2023). *19 de noviembre: Día Mundial para la Prevención del Abuso Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes*. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/19-de-noviembre-dia-mundial-para-la-prevencion-del-abuso-sexual-de-ninos-ninas-y>

Procuración General de la Nación. (2022). *Estadísticas de causas iniciadas por delitos contra la integridad sexual*. Dirección General de Política Criminal.

Quijada Casas, J. A., de Miguel, A. y García, R. (2023). Abuso sexual infantil, somatización y relaciones sexuales en la adultez. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 14(2), 105–118. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2023.02.059>

Quijada, M., De Miguel, A. y García, R. (2024). Influencia del abuso sexual infantil en la somatización, la conducta sociosexual y las relaciones sexuales en la edad adulta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 50(183), 83–97. <https://doi.org/10.33776/amc.v50i183.8285>

Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A. & Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53(5), 380–387. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830050014003>

Refaeli, T. & Shir, E. (2025). Posttraumatic growth among young women, comparing risk and protective factors in sexual violence survivors versus other trauma survivors. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 18, 217–228. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00649-y>

Rellini, A. H., Ing, A. D. & Meston, C. M. (2011). Implicit and explicit cognitive sexual processes in survivors of childhood sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(11), 3098–3107. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02356.x>

Roberts, A. L., Rosario, M., Corliss, H. L., Koenen, K. C. & Austin, S. B. (2012). Childhood gender nonconformity: A risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*, 129(3), 410–417. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1804>

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>

Ruppert, F. (2021). *Amor, deseo y trauma: Hacia una identidad sexual sana*. Herder Editorial.

Sibauti, A. y Losada, A. V. (2025). *Consecuencias del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes*. Universidad de Flores.

https://www.researchgate.net/publication/390398751_CONSECUENCIAS_DEL_ABUSO_SEXUAL_EN_NINOS_NINAS_Y_ADOLESCENTES

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA 14-4884). U.S. Department of Health and Human Services.

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/samhsa_trauma_concept_paper.pdf

Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7(2), 177–193. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90070-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4)

Talmon, A., Uysal, A. & Gross, J. J. (2022). Childhood maltreatment and mid-life adult sexuality: A 10-year longitudinal study. *Archives of Sexual Behavior*, 51(2), 781–795. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02030-8>

Tanaka, B. S. & Maia, A. C. B. (2020). Mujeres víctimas de violencia sexual y respuesta sexual en la edad adulta: Una revisión de la literatura. *Revista Psicologia e Educação On-Line*, 3(1), 83–92.

Tenorio Rosero, M. L. (2013). *Del abuso sexual a la construcción del lesbianismo* [Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador]. <http://hdl.handle.net/10644/3498>

Topak, O. Z., Yilmaz, S. & Gokce, A. (2023). An evaluation of psychogenic predictors of non-organic erectile dysfunction. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19, 2267–2276. <https://doi.org/10.2147/NDT.S412154>

Van der Kolk, B. A. (2002). Más allá de la cura por el diálogo: experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma. En F. Shapiro (Ed.), *EMDR, promesas para el desplazamiento de un paradigma*. Paidós.

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*.

Vazquez, A. G. (2008). Disociación y trauma. *Cadernos de psicología*, 32, 63-78.

Velásquez Figueroa, D. B. (2024) *Síntomas somáticos y psicológicos tras un abuso sexual en mujeres adultas* [Tesis de Maestría, Universidad de San Carlos de Guatemala].

Villeneuve, É., Paradis, A., Brassard, A., Vaillancourt-Morel, M. P., Fernet, M., Gewirtz-Meydan, A. & Godbout, N. (2024). Dissociation and sexual concerns in male survivors of childhood sexual abuse: The role of identity cohesion. *Journal of Trauma & Dissociation*, 25(4), 500–515. <https://doi.org/10.1080/15299732.2024.2310208>

Wyatt, G. E. (1991). Child sexual abuse and its effects on sexual functioning. En J. H. Geer & W. T. O'Donohue (Eds.), *The Annual Review of Sex Research*, 2, 249–266.

Zepinic, V. (2016). Disintegration of the self-structure caused by severe trauma. *Psychology and Behavioral Sciences*, 5(4), 83–92. <https://doi.org/10.11648/j.pbs.20160504.12>

Zepinic, V. (2018). *Complex trauma, dissociation, and the self*. Xlibris.