

Original

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

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

^aUniversidad de Sevilla, Sevilla, España

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

^cUniversidad de Huelva, Huelva, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de julio de 2022

Aceptado el 5 de julio de 2023

Palabras clave:

Abuso sexual infantil

Adicción

Consumo de sustancias

Estudio psicométrico

R E S U M E N

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

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

A B S T R A C T

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

Keywords:

Child sexual abuse

Addiction

Substance use

Psychometric study

Autor para correspondencia.

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabla 1.
Datos sociodemográficos de la muestra

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

Método

Características de la Muestra

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

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

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

Instrumentos

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

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

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

Procedimiento

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

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

Estrategia de análisis

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

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

Resultados

Panel de expertos

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

Estudio piloto

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

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

Evidencias de validez de la estructura interna

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

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

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

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

Tabla 2.

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

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

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

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

Tabla 3.

Matriz de componentes rotados

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

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

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

Discusión

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

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

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos de los cuestionarios

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

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

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

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

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

Conclusiones

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

Conflicto de Intereses

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

Agradecimientos

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

Referencias

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

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

Anexo 1

Cuestionario versión final ABSEIN-AD

CUESTIONARIO ABSEIN-AD

Fecha:

Edad:

Género:

Instrucciones

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

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

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