

## *Grado en Criminología*

Trabajo de Fin de Grado

# **TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA MENORES QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

---

2020-2021

*Trabajo Realizado por Irene Lucido Roncal.*

*Dirigido por Ainize Sarrionandia Peña.*



## **Resumen**

El presente trabajo se centra en el abuso sexual infantil, que, a pesar de no tratarse de un tema novedoso, ha sido en los últimos años cuando ha ido despertando un creciente interés en cuanto a su observación, comprensión y tratamiento. Por lo tanto, el objeto de esta revisión es agrupar los distintos conocimientos sobre este asunto, clasificándolo según los factores de riesgo e incluso atendiendo a su prevención, detección o el modo de llevar a cabo el tratamiento. Para esto último, se ha realizado una revisión sistemática sobre distintos tipos de tratamiento con el planteamiento de unos objetivos específicos. En ella se han contemplado distintos tipos de terapia y la eficacia que han tenido a lo largo de las intervenciones. Finalmente, se realiza una discusión sobre los resultados y se elaboran unas conclusiones en las que se da respuesta a gran parte de los objetivos y se muestra cómo y en qué variables los tratamientos han sido efectivos.

Palabras clave: Abuso sexual, menores, tratamiento, revisión.

## **Abstract**

The present work focuses on child sexual abuse, which, despite not being a novel matter, it is in the recent years when it has been bringing back a growing interest in its observation, understanding and treatment. Therefore, the purpose of this review is to group the different knowledge on this matter, classifying it according to risk factors and even attending to its prevention, detection or the way of carrying out the treatment. For the latter, a systematic review has been carried out on different types of treatment with the propose of specific objectives. In it, different types of therapy and the effectiveness they have had throughout the interventions have been taken into account. Finally, a discussion about the results is made and conclusions are developed in which most of the objectives are answered and it is shown how and in which variables the treatments have been effective.

Key words: Sexual abuse, minors, treatment, review.

## ÍNDICE.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MODALIDADES DE MALTRATO A MENORES .....	10
2.1. EL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	14
3. PERFIL DE LOS AGRESORES Y LAS VÍCTIMAS.....	17
3.1. PERFIL DE LA FAMILIA.....	18
3.2. PERFIL DE LA PAREJA CONYUGAL: .....	20
3.3. PERFIL DEL ABUSADOR/A:.....	21
3.4. PERFIL DE LA MADRE.....	24
3.5. PERFIL DEL/A NIÑO/NIÑA VÍCTIMA.....	25
4. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN.....	26
4.1. FACTORES DE RIESGO.....	27
4.1.1. PARA EL/LA AGRESOR/A.....	27
4.1.2. PARA LA VÍCTIMA.....	28
4.1.3. EN LA FAMILIA.....	30
4.1.4. SOCIOECONÓMICOS Y SOCIOCULTURALES.....	31
4.2. FACTORES MEDIADORES O ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. ..	33
5. PREVENCIÓN.....	40
5.1. PREVENCIÓN PRIMARIA.....	43
5.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.....	45
5.3. PREVENCIÓN TERCIARIA.....	46
6. DETECCIÓN.....	49
6.1. INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	50
6.1.1. INDICADORES FÍSICOS.....	51
6.1.2. INDICADORES COMPORTAMENTALES.....	52
7. DIFICULTADES PARA LA DETECCIÓN.....	54
8. TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	57
PARTE EMPÍRICA.....	62

1.	METODOLOGÍA.....	62
2.	RESULTADOS .....	65
3.	DISCUSIÓN.....	74
	INFORME EJECUTIVO.....	79
	REFERENCIAS.....	88



# FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

## 1. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil no es tema novedoso o reciente. Los malos tratos a los menores son una realidad que se ha venido dando a lo largo de la historia en todas las civilizaciones y culturas (Casado, Díaz, y Martínez, 1997; Walker, Bonner y Kaufman, 1988). No se trata de sucesos eventuales, aislados o alejados, sino de un asunto universal y complicado que surge como consecuencia de una serie de factores tanto a nivel individual, familiar, social o cultural (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Inglés y Angulo, 1991) pudiendo llegar a ocasionar la muerte del o la menor (Finkelhor y Ormrod, 2001).

Atendiendo a las distintas épocas históricas, se puede contemplar que incluso desde la Antigüedad (en la cual se le quitaba la vida a los y las niñas con fines de ofrenda) o incluso en la época de la Revolución Industrial (en la que se obligaba a los y las menores a trabajar desde pequeños y durante períodos de tiempo considerables) no se valoraba ni la salud ni la vida de los y las niñas (Arruabarrena y De Paúl, 1999; Walker et al., 1988).

Uno de los motivos por lo que se retrasó tanto la consideración del maltrato a los menores y más concretamente del abuso sexual infantil como un problema fue que la definición y percepción del concepto de la infancia tal y como lo conocemos a día de hoy no es más que el resultado de un desarrollo o evolución lento y gradual que atiende a las apreciaciones de lo que realmente es y debería ser un/a niño/a, sus peculiaridades y sobre todo sus necesidades (Díaz, Casado, García, Ruiz y Esteban, 2004; Simón, López y Linaza, 2000; Walker et al., 1988).

En muchas ocasiones, la percepción de los y las menores como pertenencia y dominio de los progenitores u otras personas e instituciones por su posición de superioridad ante el menor, han servido de excusa para argumentar cada una de los abusos y agresiones como como modos de disciplina tolerables (Díaz et al., 2004; Simón et al., 2000; Walker et al., 1988).

Tal evolución finaliza en el siglo XX cuando se extienden numerosas legislaciones relacionadas con los derechos de los y las menores, no sólo a nivel nacional sino también a nivel internacional, además, se incorpora la definición de maltrato y su

intervención o tratamiento. Entre estas legislaciones, la que más destaca es la Convención de los Derechos del niño de las Naciones Unidas de 1989 (UNICEF, 2006).

En tal Convención se les reconoce a los y las menores como sujetos de derecho, denominando en su artículo 1 el término de infancia como toda persona que no haya cumplido los 18 años salvo que, la que se le aplique determine que ha alcanzado previamente esa mayoría de edad. En esta Convención se protege y preserva el derecho que tienen los/as menores a ser niño/a, fundamentándose en la necesidad de disfrutar la niñez cuando les atañe para así poder crecer y completar su desarrollo correctamente (Cots i Moner, 1993).

Atendiendo a su artículo 19, se da una definición de lo que se considera malos tratos, determinándolo como cualquier forma o modo de menoscabo o abuso físico o mental; desatención o abandono; malos tratos o abuso sexual mientras que el o la menor se halle bajo la custodia o cuidado de sus progenitores, de sus representantes legales o de cualquier otra persona bajo la que se encuentren a su caso. También se recoge el deber que tienen los Estados que incorporan esta Convención para la salvaguarda de los y las menores ante los malos tratos (UNICEF, 2006).

En su artículo 34 recoge más concretamente sobre la agresión sexual en la infancia y menciona que los Estados parte deben comprometerse y se comprometen a salvaguardar y amparar al niño o niña de cualquier forma de abuso sexual y también incorpora la explotación del menor a través de actividades determinadas como la prostitución, en espectáculos o materiales pornográficos o en cualquier otra actividad sexual ilegal (Cots i Moner, 1993).

Además, en el artículo 39 se obliga a que se incorporen medidas oportunas para poder impulsar la recuperación a nivel físico y psicológico, a la vez que la reincorporación social de cualquier menor que haya sido víctima de explotación, abuso o abandono (Cots i Moner, 1993).

A nivel nacional, a día de hoy la Constitución Española y el Código Civil recogen y hacen referencia explícitamente a la salvaguarda de la infancia, unida al deber de notificar a la autoridad competente los sucesos de malos tratos de los que se conozcan (Díaz et al., 2004).

El abuso sexual infantil forma parte de uno de los modelos de maltrato que más tarde se ha investigado. El estudio sobre el maltrato infantil se comenzó centrándose únicamente en el análisis y observación de los malos tratos a nivel físico (Arruabarrena y De Paúl, 1999; Cots i Moner, 1993). Sin embargo, en el abuso sexual infantil no se

lesiona al menor solo físicamente, sino que normalmente acaban presentando secuelas psicológicas. Unido a esto y atendiendo a que en múltiples ocasiones no hay presencia de perjuicios físicos que puedan ser percibidos visiblemente o a través de la presencia de síntomas psicológicos que favorezcan la detección, el abuso sexual infantil ha sido una de las tipologías del maltrato más complicadas de estudiar (Simón et al., 2000).

Brilleslijper y Baartman (2000), así como Díaz et al., (2004), incorporan además los obstáculos y problemas que guardan relación con el tabú del sexo, y principalmente, cuando es relacionado con la infancia, al igual que el escándalo que socialmente conlleva su reconocimiento.

En las últimas décadas se ha dado un aumento importante del número de estudios sobre este problema no sólo a nivel nacional sino también a nivel internacional. Este incremento puede deberse al reconocimiento que se dio del abuso sexual infantil como forma de maltrato bastante usual y que produce notables y duraderas consecuencias psicológicas, a corto y a largo plazo (Cerezo, 1992; López, Carpintero, Hernández, Martín, y Fuertes, 1995; López, Hernández, y Carpintero, 1995).

Mientras que en algunos países como Estados Unidos el análisis e investigación sobre este asunto se comenzó hace años (Finkelhor, 1994; Kempe, 1978; Wolfe y Birt, 1997), en España debido a el aislamiento político y el exiguo crecimiento de los sistemas de protección y seguridad social durante la época de la dictadura, han supuesto un atraso en las investigaciones de este asunto y, concretamente, en la información y sensibilización por parte de la sociedad (Arruabarrena y De Paúl, 1999).

Sin embargo, en las décadas recientes han aparecido significativas investigaciones que han ayudado en el desarrollo de la información y conocimiento sobre tal cuestión, además de fomentar el establecimiento de datos estatales que dan la posibilidad de poder relacionarlos con otros países. Este interés que ha ido aumentando profesionalmente y también a través de los medios de comunicación, ha proporcionado un mayor entendimiento del concepto y a su vez, un aumento de la sensibilidad a nivel social (Casado et al., 1997; Cerezo, 1992; Díaz et al., 2004; De Paúl, 1988; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

## 2. MODALIDADES DE MALTRATO A MENORES

Existen diversas modalidades de maltrato que pueden darse hacia los menores y en distintos contextos. Sin embargo, algunas formas de maltrato son consideradas más comunes que otras y normalmente son llevadas a cabo por los progenitores o personas cercanas. En este apartado, tras definir y delimitar el concepto de los malos tratos, se explicarán sus distintas tipologías.

El maltrato infantil puede ser definido como cualquier acción u omisión que no se realice de forma accidentada, llevada a cabo por los progenitores o los cuidadores y que, ocasione además un daño físico y/o psicológico a el o la menor (Corsi, 1994). La manera de definir este concepto se centra normalmente sólo en la violencia que realizan los padres y madres sobre sus hijos e hijas, sin atender que en varias ocasiones estos menores pueden llegar a ser maltratados por sus hermanos, tíos, abuelos o personas cercanas.

Arruabarrena y De Paúl (1999) mencionan una serie de cuestiones que se deben tener en cuenta para poder dar una definición sobre los malos tratos a los menores y diferenciarlo de cualquier otro comportamiento delictivo:

- La perspectiva evolutiva.
- La existencia de circunstancias de vulnerabilidad en el/la menor.
- La presencia de un perjuicio.

Asimismo, para definir este concepto, se debe distinguir entre dos formas en las que el maltrato puede darse, Quinteros y Conde (2011) entre otros realizan esta distinción:

- Por comisión o maltrato activo. A través de lesiones, insultos, abuso sexual, etc. Se contempla cualquier violencia que se produzca con una acción.
- Por omisión o maltrato pasivo, es decir, el abandono tanto físico como emocional. Este tipo de maltrato es muy común y considerado igual de grave que el anterior.

Varios autores/as clasifican las tipologías de maltrato en función de dos dimensiones: activo/pasivo y físico/emocional (Arruabarrena y De Paúl, 1999; Arruabarrena, De Paúl, y Torres, 1996; Simón et al., 2000). Pereda (2006), por su parte, los representa en la siguiente tabla (ver tabla 1).

**Tabla 1.** Tipologías de malos tratos a menores.

<b>MALTRATO</b>	<b>ACTIVO</b>	<b>PASIVO</b>
<b>FÍSICO</b>	Abuso físico Abuso sexual	Abandono físico (o negligencia física)
<b>EMOCIONAL</b>	Abuso emocional	Abandono emocional (o negligencia emocional)

Siguiendo esta clasificación, Quinteros y Conde (2011) desarrollan distintas tipologías de maltrato dentro de estas dos formas (comisión y omisión):

→ Forma activa del maltrato o maltrato por comisión:

Dentro de la forma activa podemos distinguir tres tipos de maltrato:

- Abuso físico: supone toda acción realizada de forma no accidental por los progenitores del/a menor, provocándole lesiones físicas o incluso enfermedades como consecuencia de una negligencia deliberada, que los sitúa en una posición de riesgo. De entre los diferentes signos de abuso físico destacan los siguientes: hematomas y contusiones injustificables, quemaduras, heridas y cicatrices, fracturas inexplicables o antiguas fracturas ya soldadas, mordeduras, contusiones internas, etc., (Amato, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) da una definición del abuso físico considerándolo como el empleo de la fuerza física de forma deliberada contra un/una niño/niña de forma que provoque, o muy posiblemente provoque perjuicios o daños para la salud, la dignidad o el desarrollo del menor.

Otra de las peculiaridades de las agresiones es que son llevadas a cabo por un adulto sin necesidad de emplear instrumentos nocivos (Gordon, Shapiro, y Berson, 1988; Knight, 1977).

- Abuso sexual: es el tipo de maltrato físico en el que se va a centrar este trabajo y por lo tanto será definido detalladamente en el siguiente apartado.
- Abuso emocional/psicológico: el maltrato emocional o psicológico suele darse a través de constantes actitudes verbales como pueden ser insultos, desprecios, burlas, etc., como también a través de amenazas con ser abandonados o incluso

interrupciones persistentes en las iniciativas de los/las menores llevadas a cabo por cualquier adulto que pertenezca al núcleo familiar del niño o niña (Amato, 2004).

La OMS (2009), declaró que el maltrato emocional se lleva a cabo por el abandono o desinterés por parte de los padres y madres que sitúan al/a menor en un ambiente inadecuado para su correcto desarrollo. Como también sucede con otras definiciones que se dan sobre los distintos tipos de maltrato, se observa un gran déficit de consenso en la definición (Baker y Festinger, 2011).

El maltrato emocional, contemplándolo dentro de los cuatro tipos de maltrato principales, ha sido de los últimos en tomar la necesaria atención por parte de los/las investigadores/as y también de los Servicios de Protección a la Infancia (Arruabarrena, 2011).

Garbarino, Guttman y Seeley (1986) destacan una clasificación de las distintas formas en las que se puede contemplar el maltrato emocional y su relación con la etapa de desarrollo en la que se encuentre el/la menor en esos momentos (ver tabla 2).

**Tabla 2.** Características y formas de maltrato emocional.

TIPOS	CARACTERÍSTICAS
<i>Rechazo</i>	- Hasta los 2 años, rechazo a las iniciativas espontáneas y de apego del niño.
<i>Aterrorizar</i>	- Hasta los 2 años, ruptura deliberada de la tolerancia del niño a los cambios. - Hasta los 4 años, usos de gestos y palabras que tratan de intimidar y amenazar al niño. - En la edad escolar, respuesta a demandas contradictorias, críticas constantes, etc.
<i>Aislamiento</i>	- Hasta los 2 años, imposibilidad de interactuar con los padres u otros adultos. - Hasta los 4 años, evitación de cualquier acto social. - En la edad escolar, intento activo de evitar que el menor establezca contactos sociales con compañeros.
<i>Ignorar</i>	- Ausencia de disponibilidad paterna/materna para cualquier tipo de necesidad que requiera el menor en cada una de las etapas de desarrollo.
<i>Corrupta</i>	- Alentar al menor a llevar a cabo acciones ilegales o perjudiciales para sí mismos.

Quinteros y Conde (2011) añaden además que tanto el desprecio afectivo, como las privaciones y el abandono deben tenerse en cuenta y ser considerados también formas de este tipo de maltrato.

Amato (2004), se manifiesta incluyendo otras dos manifestaciones de lo que también considera maltrato y que es importante mencionar ya que en diversas ocasiones estos modelos son olvidados o ignorados:

- La explotación laboral y la mendicidad: en estas situaciones se le fuerza al menor a estar realizando las actividades y tareas del hogar por un periodo de tiempo que supera el límite normal y que le impide llevar a cabo y satisfacer sus necesidades tanto sociales como escolares. También incluye dentro del maltrato exigir al menor que realice actividades y trabajos fuera de su hogar o que ejerza la mendicidad.
- La corrupción: supone exigir u obligar al menor a llevar a cabo actividades delictivas, impulsar su agresividad para que maltrate a otros o incluso incitar al menor al tráfico de sustancias tóxicas, drogas o estupefacientes.

→ Forma pasiva del maltrato o maltrato por omisión:

Dentro de la forma pasiva del maltrato podemos distinguir entre:

- Abandono o negligencia física o cognitiva: refiere a las situaciones en las que tanto las necesidades físicas como las cognitivas básicas de los/las menores no están siendo atendidas por ninguna de las personas que convive con el/la menor (Arruabarrena y De Paúl, 1999).

Los indicadores que pueden advertirnos sobre la posible existencia de este maltrato en menores están relacionados con la falta o descuido de los siguientes aspectos: la alimentación, las prendas de vestir, higiene, atención médica, descuido en su supervisión, educación o estimulación cognitiva (Arruabarrena y De Paúl, 1999).

La temporalidad y el criterio de cronicidad abandono o negligencia física será lo que determine la gravedad de ese maltrato, los cuales tendrán consecuencias devastadoras en el desarrollo social, físico, cognitivo, conductual y emocional del/la menor. Por lo tanto, supone que los padres/madrea o principales cuidadores/as de los/las menores fracasan en el cuidado de uno o más de estos

niveles: (1) Nivel biológico: cuando se fracasa en el procedimiento de afecto; (2) Nivel cultural: cuando se adquieren unas normas de crianza inapropiadas; y (3) Nivel contextual: cuando se da una falta de recurso en el ambiente del menor (Intebi y Arruabarrena, 2006).

Martínez y de Paúl (1993) hicieron una distinción entre el maltrato que se daba por negligencia o por abandono físico. Observaban que el primero se producía por la falta de atención o una atención deficiente por parte de los padres/madres o cuidadores responsables de los cuidados básicos de los niños y niñas, mientras que consideran que el abandono físico se trata de una situación de negligencia aún más grave (Arruabarrena y De Paúl, 1999).

- Abandono emocional: es considerado en primer lugar como la ausencia constante de respuestas o atención ante las señales que manifiesta el niño o niña, como pueden ser el llanto o la sonrisa. También incluye el rechazo o ignorancia de la expresión de sus emociones o conductas de proximidad e interacción que comienza el menor y que se asocian a una falta de contacto por parte del adulto (Arruabarrena y De Paúl, 1999).

Existe otra modalidad de maltrato que no suele ser considerada en muchas ocasiones, y se trata de aquellos/as menores que son testigos de violencia, es decir, aquellos niños y niñas que presencian situaciones constantes de violencia entre sus padres o cuidadores. Quinteros y Conde (2011) señalan que hay estudios que comparan y muestran que estos/as menores acaban padeciendo trastornos semejantes a los que presentan los menores que sufren abusos sexuales.

## **2.1. EL ABUSO SEXUAL INFANTIL.**

López (2000) señaló que el abuso sexual se ha ido definiendo de distintas maneras y que no existe una única explicación conceptual clara. Los y las investigadores/as difieren en los estándares de edad y en los tipos de relaciones que deben ser considerados. Los parámetros comúnmente empleados para dar una definición al abuso sexual son la edad de la víctima y del agresor, el comportamiento del agresor para someter a la víctima y el tipo de conducta sexual.

Se puede definir con este término a cualquier contacto sexual que se produzca entre un menor y un familiar, tutores adultos o persona conocida o cercana con el fin de que éstos últimos obtengan una satisfacción sexual. Podemos considerar abuso sexual a:

violaciones, vejaciones o humillaciones, manoseos, mantener relaciones con otros menores de forma forzada, pornografía, exhibicionismo, etc. (Quinteros y Conde, 2011).

En la violencia que se produce hacia los menores, más concretamente el maltrato/abuso sexual, existe un abuso de poder. En este contexto, el término abuso se refiere a unos modelos de interacción (en una situación de desigualdad de poder en el que se incorporan todas las conductas que una persona lleva a cabo por acción u omisión y que terminan provocando un perjuicio físico y/o psicológico al niño o niña) (Quinteros y Conde, 2011).

Para Kempe y Helfer (1987), el abuso sexual se produce cuando un niño/niña o adolescente está implicado en labores sexuales desempeñadas por parte de personas adultas que buscan satisfacción propia, siendo estos niños y niñas dependientes, inmaduros/as y como consecuencia, incapaces de poder entender el sentido de esas actividades ni dar un consentimiento que pueda considerarse válido.

Cabe mencionar que estas actividades son consideradas impropias para su edad y su nivel de desarrollo psicosexual, además de que son forzadas bajo presión (bien sea por la violencia o también por la seducción) y vulneran tabúes de la sociedad en lo que refiere al rol familiar (Quinteros y Conde, 2011).

Díaz et al., (2004) determinan el abuso sexual como la participación de los menores en actividades sexuales, con el fin de satisfacer las demandas sexuales de un adulto y menciona que las modalidades del abuso sexual pueden darse con o sin contacto físico. También incorpora un componente importante a la definición, ya que normalmente el abuso suele ser entendido como todo contacto físico de carácter sexual, pero realmente existen otras modalidades en las cuales no se da ese contacto, como pueden ser forzar al menor a mantener relaciones sexuales con otra persona, contemplarlo desnudo, obligarle a masturbarse, el exhibicionismo, exponerlo a pornografía, etc.

Finkelhort y Redfield (1984) definieron el abuso sexual, y lo consideraron como todo encuentro sexual que se da entre el adulto/a y un o una menor que, sexualmente, no es considerado maduro/a (atendiendo a aspectos sociales y fisiológicos para determinarlo) con el fin de que el adulto obtenga satisfacción. También lo señalaban como aquellos encuentros sexuales en los que él o la menor se encuentre bajo engaño, intimidación o incluso se use la fuerza para garantizar su participación. Esta definición tiene en cuenta distintos criterios, sin embargo, solamente comprende a agresores/as adultos/as, omitiendo la posibilidad de que también pueda ser un menor quien realice tal abuso. Igualmente consideran que tal acto se lleva a cabo con el objetivo de satisfacer

sexualmente al adulto, siendo el niño o niña el objeto de tal gratificación (Quinteros y Conde, 2011).

Por lo tanto, Quinteros y Conde (2011) observan que de entre las diferentes definiciones que se dan sobre el abuso sexual infantil, generalmente comparten 3 conceptos comunes que son los que destacan a continuación:

1. Coerción: con el empleo de la fuerza física, el engaño o la presión.
2. Seducción: el/la agresor/a que lleva a cabo la violencia lo hace camuflada de seducción, con el fin de poder alcanzar la confianza del menor abusado.
3. Asimetría de edad: Con este término se considera que la libertad de decisión se ve afectada debido a las experiencias de los/las menores, la madurez biológica y las expectativas tan diferentes que tienen. Se entiende que el/la menor carece de capacidad de:
  - a. Diferenciar de forma clara sobre lo que está bien y lo que está mal.
  - b. Dar su consentimiento, debido a que no tiene libertad de decisión.

López (2000) menciona que los abusos sexuales tienen que ser definidos desde los términos de coerción y asimetría de edad, ya que son los que impiden la libertad de decisión y, como consiguiente, hace que sea imposible la actividad sexual con el adulto. La asimetría a su vez, es considerada un abuso de poder que imposibilita una relación igualitaria.

Esta reflexión permite incorporar igualmente aquellas agresiones que se llevan a cabo entre menores y que tengan un significado sexual. Este tipo de agresiones es fundamental tenerlo en cuenta ya que en algunas comunidades se ha verificado que de las violaciones que se producen por parte de menores se encuentran sobre el 20% y que cerca del 50% de los abusadores/as llevaban a cabo su primera agresión antes de cumplir los 16 años (López, 2000).

Por lo tanto, López (2000) adopta la descripción que desarrolla el National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN) en 1978 y a la cual Quinteros y Conde (2011) también se unen.

Se trata de aquellas relaciones que se producen entre un/a menor y un adulto, en la que el adulto utiliza al menor para excitarse sexualmente a sí mismo, al propio menor o

incluso a una tercera persona. Se considera a su vez abuso sexual aquel que es llevado a cabo por una persona que tenga menos de 18 años, siempre que sea considerablemente mayor que el menor o cuando se encuentre (el/la abusador/a) en una situación de poder o dominio sobre el niño/a o víctima.

En esta descripción se considera la posible comisión de los abusos sexuales por parte de menores de edades similares a las de los niños y niñas víctimas.

La OMS (2009) da una explicación más completa sobre el abuso sexual, dice que éste puede ser definido como “la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima” (OMS, 2009, p. 10).

También se acuerdan unos criterios para valorar que se ha producido un abuso sexual: (1) tiene que existir una desigualdad de poder, madurez o edad entre la víctima y su agresor/a, y (2) el empleo del/la menor como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Si atendemos a la relación que existe entre el abusador y la víctima, podemos clasificar el abuso sexual en diferentes modalidades:

- Violación o Paidofilia, delito sexual hetero u homosexual contra los menores.
- Hebofilia, comercio sexual entre un adolescente y el adulto.
- Incesto, relación sexual que se da entre parientes cercanos (Fernández, Fernández y Rosales, 2000; Sánchez, 2003).

### **3. PERFIL DE LOS AGRESORES Y LAS VÍCTIMAS.**

Alarcón (2009), especifica que el comportamiento sexual es parte del comportamiento humano normal y que cuando “se trate de un acto consensuado y que no atente contra la dignidad, honra o integridad de los involucrados” (p.243) no supone ningún peligro para la sociedad. Sin embargo, existen personas que realizan conductas sexuales contra otros sin su consentimiento o aprobación o incluso llevándolas a cabo con menores de edad. No obstante, cabe señalar que, en algunas situaciones, la edad de los menores puede ser ignorada o desconocida debido a sus características o atributos

físicos, lo que constituirá error de conducta y en última instancia conducirá a la irresponsabilidad, pero no dejan de ser prácticas que, aun siendo voluntarias, constituyen un delito con relación a la edad del niño o niña.

Los/as agresores/as y las víctimas a menudo suelen presentar una serie de características psicológicas o sociales que definen sus rasgos de personalidad. Hay que tener en cuenta que esto no sucede ni se cumple con todos los agresores o víctimas de abuso sexual infantil, pero sí se han ido dando a lo largo de los años diversos estudios que han examinado posibles relaciones entre los perfiles y el abuso sexual infantil (Alarcón, 2009).

En concreto, en este apartado se presentará el perfil de la familia en general, así como el de la pareja conyugal, del abusador o incluso el de la madre más concretamente. Por último, se describirá perfil del niño o la niña víctima de abuso sexual (Alarcón, 2009).

### **3.1. PERFIL DE LA FAMILIA.**

Dentro de la familia, pueden darse una serie de situaciones o contextos en los que se incrementen las posibilidades de que se produzcan abusos sexuales hacia los y las menores. A lo largo de los años, se han ido estableciendo una serie de perfiles concretos en las familias que puedan guardar cierta predisposición a que produzca esos abusos.

El divorcio, la separación de los cónyuges y el nuevo matrimonio de las familias multiparentales suelen conllevar una serie de consecuencias como puede ser el relajamiento de los lazos filiales. Por lo tanto, es probable que cualquier otra persona se encuentre ocupando el lugar de la madre y los lazos entre padres/madres e hijos/as ya no guarden un fundamento de legitimidad “natural” (Perrone y Nannini, 2010).

Con el consentimiento de su pareja, el nuevo padre/madre debe acordar un lugar para los/as menores. Es en estos casos cuando el sentimiento de responsabilidad que pueda tener el adulto hacia el menor puede volverse difuso. En tales situaciones, el abuso sexual llevado a cabo por el padrastro suele ser muy habitual, por lo que Perrone y Nannini (2010) comentan que el riesgo de incesto es dos veces mayor en las familias reconstruidas.

En cambio, en las familias monoparentales también suele presentarse una elevada incidencia de abusos sexuales que, generalmente, suelen producirse cuando el padre acude el fin de semana a visitar al/la menor. Además, puede que exista también una

ausencia por parte de la madre por diferentes causas como pueden ser laborales, alcoholismo, depresión, etc. (Perrone y Nannini, 2010).

En muchos casos de familias estructuradas, descubrir la existencia de incesto suele deberse a una disfunción preexistente (Perrone y Nannini, 2010). Lo que caracteriza a estas familias es que la imagen pública que muestran al resto de la sociedad es completamente distinta a lo que verdaderamente ocurre en su interior. Externamente, exhiben una sensación de felicidad y bienestar que acaba convirtiéndose en una obligación para todos los miembros, en especial los menores que son los que deben participar activamente en dicha simulación.

Una particularidad primordial de estas familias es la tiranía practicada por el padre, la cual se basa en la ley del silencio y es compartida por todos sus miembros. En este cuadro patológico, se cree que se debe mantener el silencio para proteger a la familia del dolor o la crisis que pueda provocar la revelación. Por lo tanto, mientras predomina el poder del padre, la madre es suprimida y, como consecuencia, no sólo no puede aportar ningún apoyo o socorro al/la menor, sino que muchas madres siguen siendo fieles a su marido, dado que normalmente el secreto se refuerza con amenazas verbales o violencia física. Así pues, la confusión y las dudas hacen que el/la menor no pueda plantearse cómo escapar del sistema del que depende, por lo que acaba volviéndose solidario y su único deseo se ciñe a mantener la cohesión familiar (Perrone y Nannini, 2010).

Barudy (1999) clasificó el abuso sexual en dos tipos tras el análisis de la distancia relacional entre los menores y su abusador. El primero de ellos es el abuso sexual extrafamiliar, el cual se produce cuando el agresor no forma parte del núcleo familiar, por lo que puede tratarse de un completo desconocido del/a menor y de la familia o cualquier persona que pertenezca al entorno. En este último, al abusador/a le gusta usar la fuerza o el terror para someter al menor, lo que hace que sea un comportamiento único y violento. Como consecuencia, en este tipo de abuso es más probable que los menores se vean identificados como víctimas y que ellos mismos identifiquen al adulto como su agresor.

El otro tipo de abuso sexual y el que se consideraría dentro del perfil de la familia es el intrafamiliar, el cual hace referencia al contacto sexual que se da entre un/a menor y un familiar consanguíneo de la unidad familiar "primaria-nuclear" (hermanos/as, padre/madre, tíos/as, abuelos/as, padrastros/as y hermanastros/as). En este contexto, la agresión muestra características distintivas, las cuales se relacionan con el hecho de que el agresor/a manipula la relación familiar a través del poder y fuerza que le otorga

su rol. Por lo general, se trata de una agresión que se repite en el tiempo, en la que prevalece el secreto y su revelación termina siendo tardía. Suele presentarse en familias disfuncionales y supone el resultado de diversos factores que interfieren o impiden los mecanismos naturales encargados de regular y controlar la conducta sexual interna en la familia (Herrera, 2004). Este tipo de abuso es propio del abuso incestuoso, el cual es definido como aquel vínculo sexual con carácter abusivo, sin tener en cuenta necesariamente el tipo de contacto que se lleve a cabo por un padre/madre, padrastro/madrastra o cualquier otro adulto que adopte el rol paternal o maternal con los menores que estén a su cuidado.

Según Braun (2002), la mayoría de casos que se dan de abuso sexual en niños/niñas y adolescentes suceden en el hogar. Se incluyen como agresores a padrastros, madrastras, hermanastros/as, tutores/as, abuelos/as e incluso novios/as o parejas que convivan con la madre o el padre y que toman la figura de cuidador. Cabe mencionar que la estrecha relación que existe entre el/a menor y el abusador/a muestra una fuerte conexión emocional, ya sea positiva o negativa, lo que hace que el abuso produzca un mayor impacto cognitivo-comportamental para el/la menor y su familia.

### **3.2. PERFIL DE LA PAREJA CONYUGAL:**

Según Perrone y Nannini (2010), se puede considerar que una relación de pareja estable supone un obstáculo natural para el surgimiento del abuso sexual a los hijos e hijas, por lo que se puede pensar que el problema del abuso sexual está relacionado con un problema en la propia pareja.

En algunas situaciones, la pareja se caracteriza por una escasa actividad sexual y, en otras, es el marido quien mantiene relaciones extramaritales. Cualquiera de estos casos conlleva a una pérdida de intimidad y de límites, haciendo que el abuso sexual pase a formar una prolongación de esa actividad sexual (Perrone y Nannini, 2010).

Otra consideración importante que puede manifestarse ante esta situación es el miedo o dependencia por parte de la madre que le obligue a aceptar la situación y, por lo tanto, a no adoptar medidas para solucionarlo o ponerle fin (Perrone y Nannini, 2010).

Para Perrone y Nannini (2010), debe enfatizarse que después de que el incesto sea expuesto, son muy pocas las parejas que continúan con su vida conyugal, lo cual evidencia la escasa fuerza del vínculo familiar y qué era lo que realmente les unía. En otras situaciones, la pareja está formada bajo una estructuración en la que la madre

respalda a su marido, lo que hace que el marido pueda insistir y continuar en su comportamiento de abuso sexual, al que la madre define como “desviaciones” comprensibles o perdonables. En resumen, no importa cuál sea la situación de los padres o cuidadores, en todas se da una actitud inmadura e irresponsable hacia los menores.

### 3.3. PERFIL DEL ABUSADOR/A:

Perrone y Nannini (2010) describen al abusador como aquel hombre que se encuentra en una etapa de su vida en la que ya ha logrado el desarrollo sexual de manera completa, además de la capacidad para poder discernir, de tener responsabilidades y de marginación respecto a la sociedad y la ley.

Este tipo de abusador que describe se diferencia del resto de abusadores sexuales ya que se encuentran integrados en la sociedad, en una unidad estable y sus acciones siguen una cronología, lo que muestra que esos abusos que realiza al menor o menores son resultado de una construcción tanto voluntaria como consciente. Perrone y Nannini (2010) clasifican a estos abusadores en los siguientes dos grupos:

- En primer lugar, se describe a un hombre reservado, inofensivo, poco varonil que fuera del núcleo familiar se muestra ante la sociedad como un hombre moralista y púdico, incluso religioso en algunos casos. Al describir su relación, se muestra obediente, acepta el dominio por parte de su esposa y puede reflejar ternura, compasión, afecto e incluso deseo de protección. En este grupo, la alianza víctima-abusador se percibe por una recopilación de intercambios enfocados en la ternura y la búsqueda de satisfacción entre las dos personas.

A estos abusadores se les reconoce por su dulzura, ingenuidad y abnegación hacia los menores. La relación que se crea es pseudo-igualitaria debido a que la posición que ocupa el agresor es infantil e inmadura, como ocurre con su sexualidad. En estos casos, el/la menor es adorado como un objeto puro y perfecto. Desde el punto de vista personal, se trata de adultos que sienten fobia y repulsión a la sexualidad adulta. En el perfil de abusador que se ha descrito, cuando se diagnostica la existencia de una psicopatología, esta suele corresponder a la pedofilia, definida como un trastorno conductual caracterizado por la perversión sexual en la que el objeto y fuente de placer es el/la menor (American Psychiatric Association, 1995).

Estos sujetos raramente se integran en el núcleo familiar, sin embargo, cuando consiguen hacerlo, los/las menores deben dedicarse a servirles como un objeto de uso sexual. Suele tratarse de personas integradas dentro de la familia (como abuelos/as, tíos/as, etc.) o incluso personas cercanas a la misma. Atendiendo a los abusos sexuales llevados a cabo por la madre, Perrone y Nannini (2010) mencionan que las características que tienen en común estas abusadoras con los abusadores son el amor “sacrificado”, sin necesidad de reciprocidad ni violencia o coerción, y la seducción. Las madres o mujeres abusadoras se benefician de la consagración materna, la excitación y la persuasión a la que los menores están sometidos a través de gestos habituales, que no pueden considerarse ni entenderse como desmesurados. Se destaca, además, que la pedofilia no está descrita para el sexo femenino.

- En segundo lugar, se sitúa a los hombres abusadores con un carácter violento y agresivo. Normalmente, estos individuos rechazan la sociabilidad y adoptan una actitud de dominio a través de la violencia física y psicológica sobre los grupos más vulnerables (mujeres y niños/niñas en este caso). Este tipo de abuso es considerado una cuasi violación.

Cuando se diagnostica una psicopatología en los abusadores, agrupa a aquellos con una estructura psicopática egocéntrica, con una gran falta de empatía por el resto. Simplemente se mueven por la búsqueda del propio placer genital, sin importarle la experiencia que esté viviendo el menor (Perrone y Nannini, 2010).

Estos abusadores son conocidos por su conducta audaz, despiadada e inmoral: fotografía o graba a los/las menores con fines pornográficos, les obliga a participar y disfrutar del sexo, les hace regalos o incluso también dinero. Esta actitud puede llevar a la prostitución o marginación infantil (Perrone y Nannini, 2010).

Horno, Santos y Molino (2001) consideran que es conveniente resaltar cuáles son las características de los abusadores, ya que mencionan que en la sociedad existe un concepto erróneo del abusador debido a las falsas creencias sobre la existencia de un único perfil de abusador. También resaltan que cualquier rasgo común se queda lejos a la hora de realizar una evaluación individual y detallada.

Horno, et al., (2001) destacan una serie de criterios que se deben tener en cuenta con cuando se atiende al perfil del abusador sexual:

- En primer lugar, afirman que los abusadores sexuales tienen o suelen tener una vida sexual considerada normal.

- Se da importancia a la idea de que ser pedófilo no implica ser abusador. Ya que un pedófilo puede ser una persona que satisface sus fantasías sexuales a través de su propia imaginación y no lleva a cabo ningún abuso. Sin embargo, se debe tener en cuenta que incluso estos abusadores siguen siendo un gran peligro para los/las menores, ya que habitualmente consumen pornografía infantil, la cual para poder ser producida implica el abuso de menores.
- En muchas ocasiones se trata de individuos que aparentan total normalidad, es más, a veces, suelen ser seductores en apariencia.
- Para Horno, et al., (2001), el abusador intentará crear oportunidades de contacto con los niños/niñas. Sin embargo, no implica que cualquiera que tenga contacto con los/las menores sea un abusador, sino que las personas que quieran abusar de los menores sexualmente, intentarán encontrar una manera de acceder a ellos, por ejemplo, buscarán trabajo en aquellas profesiones en las que se tenga contacto diario con niños/niñas o tratarán ser vecinos de alguna familia con niños/niñas y se ofrecerán a cuidarlos o hacerse cargo de ellos por pequeños periodos de tiempo, como ir a buscarlos a la salida del colegio, llevarlos al parque o de excursión. En los momentos en los que se encuentre con los/las menores, tratará de alejar al resto de adultos que se encuentren cerca.
- Muchos actúan con un grupo de niños/as, utilizándolos en muchas ocasiones para poder atraer a otras víctimas.
- Normalmente cuentan con una serie de particularidades que los hacen parecer más seductores a ojos de los/las menores y, por lo tanto, que sea más fácil captar su atención, como por ejemplo su condición de adulto y la autoridad que poseen, también destaca que saben “identificarse” con los/las menores, cómo escucharles y sobre todo, cómo hablarles. También influye la selección que hace de sus víctimas, ya que normalmente se trata de menores que sufren abandono o alguna negligencia tanto física como emocional o alguna otra peculiaridad que los haga más vulnerables a tal seducción.
- Muchos estudios muestran que en diversas ocasiones se trata de personas “inteligentes, con estudios, con estudios, habilidades sociales y una posición social y económica sólida.” Suelen ser también personas mentirosas, que intentan esconder el delito y manipular a los niños/niñas para que también lo hagan. A pesar de esto, siempre tienen la conciencia tranquila.

Con todo esto se trata de explicar que el abuso sexual infantil no es casual, sino que son conductas que van formándose y que implican una previa planificación.

### 3.4. PERFIL DE LA MADRE.

Perrone y Nannini (2010) exponen que, aunque hay madres que cuando descubren el abuso sexual actúan con total firmeza, lo normal suele ser que esas madres sean mujeres consumidas, agotadas y con síntomas de depresión o baja estabilidad emocional, o incluso tengan un trabajo que les ocupe gran parte de su tiempo. De hecho, en la mayor parte de las ocasiones, las madres suelen mantenerse en una actitud ambivalente cuando descubren tales actos, como si no cambiara nada o no fuese motivo suficiente como para poner fin a la relación que tengan con el abusador (Perrone y Nannini, 2010).

Son acciones como éstas las que reflejan la inmadurez afectiva que tienen estas madres, la cual se ve reflejada en la inexistencia de vínculos con sus propios hijos/hijas o en la constante búsqueda de una pareja, haciendo que en diversas situaciones introduzcan en la familia hombres con particularidades que supongan un gran peligro para los y las menores.

Para Perrone y Nannini (2010), es importante mencionar una serie de características que suelen poseer las madres de hijos/hijas abusados/as:

- La madre defiende por encima de todo dos conceptos, los cuales son la idea de familia normal y la cohesión familiar. Normalmente, la familia está desestructurada, ha sufrido rupturas, abandonos o incluso violencia, sin embargo, la dependencia material con la que cuentan y la importancia que le dan a la imagen que se tenga de ellos, hacen que surja en la familia una "ley del secreto" donde la madre se hace la sorda y ciega cuando ocurren tales actos por parte del padre.
- Se menciona que el discurso de la madre es omni-justificado, poniendo como ejemplo: "Estaba demasiado ocupada..., no podía imaginar que algo así ocurriera".
- Las madres en numerosas ocasiones son capaces de poder negar, ignorar o incluso restarse importancia a tales hechos, como por ejemplo cuando el padre se va al baño con la hija/hijo.

En resumen, las madres que pertenecen a familias con casos de abuso sexual infantil, en gran parte de las ocasiones están alejadas, ausentes, tratando de autodefenderse excusándose y primando la relación familiar formal.

### 3.5. PERFIL DEL/A NIÑO/NIÑA VÍCTIMA.

Perrone y Nannini (2010) consideran que para establecer el perfil de los y las niñas/niños abusados/as se debe atender tanto a la edad como a su manera de relacionarse con el exterior y su situación en la familia.

En primer lugar, la edad promedio de estos/as menores está entre los 8 y los 13 años, aunque el desempeño completo del acto sexual se determina generalmente al llegar a la pubertad (Intebi, 2011). Otros autores han llegado a la conclusión de que una gran proporción de los y las menores han sufrido abuso sexual antes de la pubertad y la edad promedio de inicio del abuso sexual infantil es entre 9 y 11 años (Briere y Elliott, 2003; Chen, Dunne, y Han, 2006; Fanslow, Robinson, Crengle, y Perese, 2007; Oaksford y Frude, 2001; Pereda y Forns, 2007; Pereda, Guilera, Forns, y Gómez-Benito, 2009). También se muestra que los abusos sexuales llevados a cabo por mujeres suelen ser hacia víctimas jóvenes y preadolescentes.

En cuanto a su relación con el exterior, haber pasado y sufrido tales actos hacen que el/la menor tenga dificultades para poder establecer una relación de confianza con el resto, tanto por vergüenza como por miedo a que los demás se enteren de lo que sucede en el entorno familiar (Perrone y Nannini, 2010).

Para Perrone y Nannini (2010) también podría considerarse que el/la menor ocupa una doble posición en la familia: por un lado, es la sacrificada porque debe proteger el núcleo y unión familiar con su silencio y por el otro lado, es quien recibe más atención por parte del padre, ya que normalmente obtendrá obsequios y cumplidos, al contrario que con el resto de personas de la familia, a quienes el padre se dirigirá con indiferencia.

Por lo tanto, se puede valorar que son las víctimas quienes acaban sufriendo también la etapa oculta del abuso sexual incestuoso, y lo acaban haciendo de forma traumática, incluyendo síntomas clínicos como son: el miedo al fracaso, claustrofobia, terrores nocturnos, anorexia, amenorrea e intentos de suicidio entre otros (Intebi, 2011).

Cantón (2014) señala que existen numerosos estudios que muestran que la probabilidad de poder sufrir abusos sexuales en la infancia es entre 2 y 3 veces mayor en las niñas que en los niños (Briere y Elliot, 2003; Gallagher, Bradford, y Pease, 2008). Pereda et

al., (2009), en su metaanálisis, mencionaron que aproximadamente el 14% de los hombres y del 32% de las mujeres confesaron haber sufrido abuso sexual durante su infancia. También se han empleado muestras nacionales o registros hospitalarios o policiales y se ha visto que la diferencia es aún mayor (Bunting, 2008; Edinburgh, Saewyc, y Levitt, 2008).

En cambio, existen otras investigaciones en las cuales no se han encontrado diferencias tan significativas (López, 1994; McCranna, Lalor, y Katabaro, 2006; Pereda y Forns, 2007) o han revelado resultados muy parecidos entre ambos sexos (Yen et al., 2008). Por otro lado, se pueden encontrar otras investigaciones en las que muestran resultados en las que la proporción de víctimas masculinas es más alta que la de víctimas femeninas (McCranna et al., 2006). Por último, tenemos a Gannon y Rose (2009), quienes manifiestan que no se ha aclarado el género de las víctimas más vulnerable al abuso sexual llevados a cabo por mujeres (Gannon y Rose, 2008).

Finalmente, muchos estudios han señalado que las víctimas del abuso sexual infantil tienen más probabilidades de ser victimizadas nuevamente por diferentes agresores (Gallagher et al., 2008; Pereda y Forns, 2007) y/o de ser abusadas por su pareja (Fanslow et al., 2007; Speizer et al., 2008). Por ejemplo, Pereda y Forns (2007), descubrieron que el 3,8% de los/las estudiantes que se encontraban en la universidad habían experimentado abusos sexuales por distintos agresores, siendo el riesgo mayor en las mujeres.

#### **4. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN.**

Cuando se habla de factores de riesgo se está haciendo referencia a aquellas situaciones que favorecen que los menores se conviertan en víctimas de abuso sexual, o aquellos componentes que tenga los agresores que potencien la realización de tales actos. Por lo tanto, con los factores de riesgo no se trata de establecer una relación directa entre la causa y el efecto, sino que se trata de asentar una asociación probabilística. De modo que, cuando se dice que un niño/niña corre un alto riesgo, simplemente se hace referencia a que es más probable que ese niño/niña sufra abusos sexuales (Finkelhor y Asdigian, 1996).

## 4.1. FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo van a proporcionar una serie de particularidades que poseen el agresor/a, la víctima, la familia o determinados patrones socioeconómicos que van a hacer que la probabilidad de que un/a menor sea abusado sexualmente se incremente.

### 4.1.1. PARA EL/LA AGRESOR/A.

Como mencionan Perrone y Nannini (2010), existen distintos modelos que han investigado las causas del abuso sexual infantil y de entre ellos, se encuentra uno de los más aceptados, el cual fue desarrollado por Bentovim (2000), en él se describen cuatro factores de riesgo para los abusadores, que son decisivos para la ocurrencia del abuso sexual:

1. Motivación del agresor para cometer el abuso. Aquí se hace una diferenciación de las distintas motivaciones y cada una de ellas se relaciona con un modus operandi determinado:
  - a. Por reincidencia transgeneracional de situaciones previas de abuso en la infancia.
  - b. Por presentar algún componente psicopático de personalidad.
  - c. Por un trastorno que le impide controlar sus impulsos.
  - d. Por pedofilia exclusiva, con fijación obsesiva en un objeto sexualizado.
2. Habilidad del agresor/a para superar sus propias inhibiciones y miedos. Se distinguen diferentes causas individuales de la desinhibición: alcohol, psicosis, envejecimiento o la incapacidad para inhibir el incesto en las actividades familiares.
3. Capacidad del agresor para superar las barreras externas o los factores de protección del niño/niña. Aquí se consideran factores de riesgo a: la ausencia, enfermedad, distanciamiento de la madre o abuso y control por su pareja; el surgimiento de oportunidades para estar a solas con el menor; la falta de vigilancia; etc. A estos factores se le incluyen la capacidad que pueda tener el menor para evitar o resistirse ante el abuso sexual. También pueden aumentar la posibilidad de producirse el abuso la inseguridad emocional que pueda tener el/la menor, el desconocimiento sobre el tema o incluso la relación de confianza que pueda haber entre el agresor y el/la menor.

#### 4.1.2. PARA LA VÍCTIMA.

Tradicionalmente se ha considerado y a día de hoy se sigue pensando que el hecho de ser una niña, es decir, del sexo femenino, es una característica reconocida de alto riesgo. Existen distintos estudios que muestran que la incidencia en la mayor parte de los abusos sexuales es a niñas (entre 2 y 3 niñas por cada niño), sobre todo en los abusos que se dan dentro de la familia. Esta relación puede deberse en gran parte a que normalmente los agresores suelen ser hombres heterosexuales (Vázquez y Calle, 1997).

Otro factor de riesgo para los menores suele ser la edad que tienen, ya que por un lado se considera factor de riesgo las edades entre seis y siete años y, por otra, las edades de entre diez y doce años (Kendall -Trackett, Williams, y Finkelhor, 1993). Sin embargo, parece ser que incluso más del doble de los abusos que se dan suele darse en la etapa de pre-pubertad, ya que el/la menor comienza a desarrollar los caracteres sexuales físicos y a su vez, no dejan de ser niños/niñas, por lo que son más fáciles de dominar (López, 1989; Pérez y Borrás, 1996).

Madansky (1996), atendiendo a las características personales de los/las menores, observan que tienen más riesgo de sufrir abusos sexuales aquellos que no tienen capacidad para poder resistirse o confesarlo, o incluso aquellos niños/niñas que no hablan o los que poseen retraso en su desarrollo o minusvalías, tanto psíquicas como físicas, ya que, como menciona UNICEF (2011), suelen presentar mayor sumisión ante sus cuidadores/as, o incluso mayor confianza con personas desconocidas o mayor ausencia de educación sexual.

En cuanto a la relación entre el agresor y la víctima, no importan tanto el parentesco que haya entre ambos, sino el grado de intimidad emocional que exista. Así, cuanto mayor es el nivel de intimidad, mayor va a ser el impacto psicológico, pudiéndose agravar si el menor no recibiese el apoyo suficiente por parte de su familia o incluso si se viese forzada a abandonar su hogar. Por otro lado, también se ha estudiado que el impacto de la víctima ante un episodio de abuso suele ser menor cuando es cometido por un/a adolescente que cuando lo lleva a cabo un adulto/a, por lo que la edad del agresor podría ser considerado un factor mediador (Cortés y Cantón, 1997).

Según Pérez y Borrás (1996), se considera también que están en una situación de riesgo aquellos/as menores que no obtienen ningún tipo de afecto por parte de su familia, lo que hace que puedan llegar a sentirse atraídos o halagados por la atención del

abusador/a independientemente de que posteriormente les acabe provocando sentimientos de culpa.

UNICEF (2011) destaca otro factor de riesgo importante que es el poseer antecedentes de maltrato o abuso sexual, desamparo por parte de sus cuidadores/as o cualquier otro elemento que suprima al menor como sujeto de derecho.

Por lo tanto, Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) coinciden en que tienen más riesgo de sufrir abusos sexuales aquellos/as niños/niñas que son víctimas de malos tratos, en cualquiera de sus formas. Las obligaciones que los padres y madres no cumplen, el abandono y el rechazo tanto físico como emocional, los hacen más vulnerables ante la manipulación con afecto interesado, la atención o las recompensas a cambio de sexo y confidencialidad o silencio (Vázquez, 1995).

Horno, et al., (2001) hacen una clasificación sobre los factores de riesgo individuales:

❖ Factores parentales:

- Historia de abandono o malos tratos. Concretamente tener una madre con historia de abuso sexual infantil.
- Rechazo emocional durante su infancia.
- Falta de vínculos afectivos o de cuidado en la infancia.
- Desatender las características de desarrollo evolutivo y sexual del menor y sus necesidades.
- Ruptura familiar.
- Nivel de inteligencia bajo.
- Baja autoestima.
- Falta de empatía.
- Habilidades sociales escasas.
- Poca tolerancia al estrés.
- Problemas psicológicos.
- Madre ausente, enferma o discapacitada.

❖ Factores en relación con las características del menor:

- Tímido/introvertido.
- Aislado socialmente.
- Con problemas en su conducta.
- Temperamento complicado.

- Discapacidad física o psíquica.

#### 4.1.3. EN LA FAMILIA.

También se considera factor de riesgo una serie de prácticas de crianza que se traducen en: ausencia de los padres/madres biológicos/as; presencia de una enfermedad o incapacidad por parte de la madre que le impida estar tan presente; trabajar fuera de casa o el surgimiento de problemas en la pareja como peleas, abuso, divorcio, etc. (López, et al., 1995).

En relación con esto, diversos estudios observan que los y las menores de familias monoparentales, así como aquellas que cuentan con la presencia de un padrastro, poseen mayor probabilidad y riesgo de que se produzcan abusos sexuales hacia ellos (UNICEF, 2011).

En cuanto a las familias de alto riesgo son incluidas también aquellas compuestas por padres autoritarios y agresivos, así como las compuestas por madres abusadas y maltratadas (Arruabarrena et al., 1996; Cortés y Cantón, 1997; Mas, 1995; Vázquez, 1995) ya que posiblemente no sepan identificar a los abusadores de sus hijos/as.

Se ha mostrado que el funcionamiento de la familia es muy importante a la hora de observar el impacto psicológico del/la menor: un entorno familiar disfuncional distinguido por el conflicto y la falta de cohesión puede incrementar la vulnerabilidad del/la menor ante la violencia y abusos y, por lo tanto, aumentar las secuelas psicológicas (Cortés y Cantón, 1997).

A veces, los padres/madres pueden reaccionar de forma más intensa que el propio menor ante la revelación del abuso, especialmente si la madre es consciente de que es su pareja la que está abusando sexualmente de su hijo/a. También puede ocurrir que algunos sentimientos como los de vergüenza, culpa, cólera, miedo, etc. puedan afectar a los padres/madres significativamente, de tal forma que, en las situaciones más graves, pueden ser incapaces de proteger al menor o incluso llegar a culpabilizarlos por lo ocurrido (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

También son relevantes otras situaciones estresantes, provocadas por la revelación del abuso, las cuales tienen su impacto en la estabilidad emocional de la víctima. Específicamente, puede ser la ruptura de la pareja (legal o, de hecho), el abandono del/la menor de su hogar (ya que a veces es la única forma de garantizar su seguridad, pero implica perjuicios emocionales y de adaptación), y la participación en un proceso

penal, el cual se caracteriza muchas veces con juicios largos, testificaciones constantes y testimonios puestos en duda, situaciones que implican mal pronóstico (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Horno, et al., (2001) clasifican los factores de riesgo familiares de la siguiente manera:

- ❖ Relación padres/madres-hijos/as:
  - Desadaptada.
  - Ciclo de agresión ascendente.
  - Métodos de disciplina represivos.
  - Ausencia de vinculación afectiva.
  
- ❖ Relación de pareja:
  - Conflicto marital.
  - Agresiones o violencia en la pareja o hijos no deseados.
  
- ❖ Configuración familiar:
  - Tamaño familiar desmesurado.
  - Familias monoparentales
  
- ❖ Aislamiento social de la familia.

#### 4.1.4. SOCIOECONÓMICOS Y SOCIOCULTURALES.

UNICEF (2011) considera factores de mayor vulnerabilidad aquellos que produzcan en el o la menor un estado de ánimo depresivo ante modelos conceptuales específicos, por ejemplo, se considera la pobreza como factor socioeconómico y la promiscuidad y la falta de protección emocional como factor sociocultural

Horno, et al., (2001) hacen nuevamente una clasificación, en este caso de los factores de riesgo de este ámbito:

- ❖ Ámbito laboral:
  - Falta de empleo.
  - Falta de economía o pobreza.
  - Pérdida de rol.

- Insatisfacción o tensión laboral.
- ❖ Red psicosocial de apoyo:
  - Soledad o aislamiento.
  - Pérdida.
  - Alta movilidad.
  - Insuficiente integración social.
- ❖ Factores culturales:
  - Aprobación de la violencia.
  - Legitimación del castigo físico.
  - Actitud hacia la mujer, la infancia o la familia.
  - Transgresión de los derechos de la infancia.

UNICEF (2011) desarrolla también la siguiente tabla para poder valorar una serie de características relacionadas con los factores de riesgo (ver tabla 3):

**Tabla 3:** Evaluación del riesgo del Abuso Sexual Infantil

<b>EVALUACIÓN DEL RIESGO</b>	
<b>Aspectos a evaluar</b>	<b>Consideraciones</b>
Caracterización de la situación de abuso intrafamiliar o extrafamiliar	Si el abuso es producido por un integrante y al interior de la familia, o por alguien vinculado por otros factores (por ejemplo, porque mantiene una relación con la madre), existe mayor riesgo de no contar con una adecuada protección.
Tipo de relación agresor/a-víctima	Si el agresor pertenece a la familia, es mayor el riesgo de que la situación se repita o no haya interrupción de la situación de abuso.
Acceso del agresor/a al niño, niña o adolescente	Si el abusador es una persona que vive en el mismo hogar de la víctima o tiene fácil acceso a ella, existe mayor riesgo de no contar con una adecuada protección.

Respuesta del o los adulto/s no agresor/es frente a la revelación del abuso	<p>En el caso de que la madre sea la cuidadora, la evidencia muestra que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Cuanto más cercana es la relación del abusador con la madre (padraastro o compañero sentimental de ella), hay mayor riesgo a que no se produzca el apoyo materno.</li> <li>◆ La protección de la madre depende del tipo de abuso, de la edad del niño niña o adolescente (es menos protectora hacia un/a adolescente) y de los sentimientos de la madre hacia el perpetrador.</li> </ul> <p>Si no existe un familiar, buscar en el entorno quien asuma esta acción de protección.</p> <p>También se debe tener en cuenta si existe complicidad o no frente a la situación de abuso por parte de los otros adultos de la familia.</p>
Edad del niño/niña o adolescente	A menor edad, mayor riesgo.
Tipo de relación de pareja y presencia de violencia	Si el abusador es el padre o el conviviente y éste ejerce además abuso en contra de la madre de la niña, niño o adolescente abusado, difícilmente esta mujer podrá proteger a su hijo/a del abuso.
Madre y/o padre que presenta depresión o abuso de sustancias	Disminuye la capacidad para prestar asistencia y protección a sus hijos/as.
Existencia de denuncias o querellas, intervenciones legales	Existe mayor riesgo si hay antecedentes de denuncias no resueltas.
Abuso sexual de la madre en la infancia	Esta experiencia puede interferir en la capacidad de la madre para constituirse en un adulto protector.
Existencia de violencia intrafamiliar en el entorno.	La existencia de violencia intrafamiliar puede ser un obstáculo para la detención del abuso sexual y la protección del niño, niña o adolescente.

#### 4.2. FACTORES MEDIADORES O ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

Para Echeburúa y Guerricaechevarría (2005), a pesar de los abusos sexuales que sufren muchos/as menores durante su infancia, hay un número importante de niños/as y adolescentes que no suelen acabar afectados o con secuelas, sobre todo a largo plazo, por lo que sería conveniente especificar cuáles son los factores que minimizan o evitan el impacto de los abusos sexuales y que, por lo tanto, no afectan al posterior desarrollo emocional del menor. No todo el mundo responde de la misma forma ante las experiencias de victimización y tampoco todos esos casos tienen las mismas características (Slusser, 1995). Igualmente, las consecuencias de revelar el abuso también serán diferentes.

Echeburúa y de Corral (2006), consideran que el impacto que pueden traer consigo tales sucesos a nivel psicológico se puede ver acentuado cuando los medios de afrontamiento que puedan tener los y las menores sean escasos o inexistentes.

Como mencionan deRoon-Cassini, Mancini, Rusch, y Bonnano (2010), la efectividad de los medios de afrontamiento tras el suceso traumático suele ser pronóstico de una menor cronicidad de las secuelas del abuso sexual como el trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Se pueden considerar estrategias o medios de afrontamiento aquellos esfuerzos que realizan los y las menores tanto a nivel cognitivo como conductual y que los manifiestan para poder controlar las exigencias externas o internas que son consideradas como desbordantes de los recursos que tenga la persona (Lazarus y Folkman, 1986).

Para Verde (2002, 2005) pueden manifestarse dos formas básicas de estrategias de afrontamiento, aquellas destinadas a la emoción y las destinadas hacia el suceso o problema. Se optan por las destinadas a la emoción ante la imposibilidad de poder adoptar las estrategias destinadas al problema, dicho en otras palabras, cuando no es posible cambiar aquellas circunstancias amenazantes del ambiente.

La víctima por lo tanto trata de restablecer su situación anterior al abuso, intentando aceptar el suceso vivido, reelaborando sus pensamientos personales y también los del ambiente. Cuando consigue hacerlo, puede producirse por lo tanto una mejoría en sus habilidades para adaptarse al ambiente o, al contrario, puede adoptar una actitud de indefensión y vulnerabilidad al que le sigue la psicopatología (Verde, 2002, 2005).

Así pues, al trabajar con factores que van a influir en el resultado que pueda tener la agresión sexual en el o la menor, es importante diferenciar 4 agrupaciones: el perfil de la víctima (edad, sexo, ...), las particularidades del abuso sexual (reiteración, gravedad, presencia o no de coacción o violencia, ...), el trato o relación que tenga con el agresor/a y los efectos o secuelas que se relacionen con el suceso (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Atendiendo al perfil individual de la víctima, aún hay muchos enigmas por solventar. Por ejemplo, existen diferencias significativas en la edad: en algunos estudios se muestra que cuanto más pequeño es el niño/a, más probabilidades existen de que sufra abuso y mayor es la probabilidad de que presente síntomas disociativos (Bagley y Ramsay, 1986; Rowan, Foy, Rodríguez, y Ryan, 1994). Sin embargo, en otros estudios mencionan que son concretamente la ingenuidad y falta de comprensión específicas de los niños y niñas pequeños/as lo que los ampara y hace que el impacto sea mucho menor, actuando como factores mediadores (Bendixen, Muus, y Schei, 1994; Murphy et al., 1988). Cuanto mayor es la edad del niño/a, mayor suele ser la probabilidad de que en el abuso se produzca penetración y violencia física, ya que los menores a esas

edades suelen poner más resistencia. Por lo tanto, aunque algunos autores consideren la edad correlaciona negativamente como factor mediador, no se puede afirmar este aspecto sin poner en relación la edad de los/las menores con otras variables como la identidad de sus agresores, o la intensidad o cronicidad de los abusos (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Algunas investigaciones se han centrado en las características del abuso para encontrar factores mediadores y los resultados son concluyentes: la presencia o gravedad de las secuelas suele guardar relación con la frecuencia y duración de los abusos, así como la fuerza empleada o la presencia de amenazas o de una violación (penetración vaginal, anal o bucal). Por tanto, se confirma que cuanto menos prolongado e intenso sea el abuso, menor va a ser el desarrollo de sentimientos de impotencia y vulnerabilidad y, disminuirá significativamente la aparición de síntomas y secuelas, es decir, una menor frecuencia y duración de los abusos pueden ser consideradas como factores mediadores que podrían reducir el impacto de la víctima (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Como menciona Touza (2002) se ha venido analizando la relación entre la edad y las secuelas y no han encontrado diferencias, otros estudios han concluido que los y las menores más pequeños/as son los que presentan peores resultados y en otros se establece una relación curvilínea en la que se representa a las edades intermedias como las más afectadas. Sin embargo, la mayor parte de los estudios coinciden en que son los de mayor edad los que sufren las peores secuelas. Se destaca también que la mayor parte de estudios no han podido controlar el efecto de variables como: la duración del abuso (a mayor edad el abuso puede durar más tiempo); la identidad del agresor/a (los abusos cometidos dentro de la familia pueden prolongarse más) o la seriedad del abuso (los niños/as de mayor edad pueden haber sufrido abusos más graves o más violentos).

Además, no puede ignorarse la relación que existe entre la forma de actuar de los progenitores una vez revelado el abuso y la intensidad de los síntomas que se experimentan. El apoyo por parte de los padres, especialmente el de la madre, así como creer el testimonio del menor y protegerlo es un factor clave para que los menores puedan restablecer o mantener su nivel de adaptación (Dubowitz, Black, Harrington, y Verschoore, 1993; Spaccarelli y Kim, 1995).

Esto no ocurre siempre así ya que, por lo general, es más fácil confiar y creer en los niños/niñas más pequeños y, por lo tanto, son los que reciben mayor apoyo y comprensión. El sentimiento de ser creído es posiblemente uno de los mejores

mecanismos para poder predecir una favorable evolución de la víctima (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Además, para Echeburúa y Guerricaechevarría (2005) en función del impacto por el descubrimiento del abuso, una apropiada respuesta por parte del entorno de la víctima puede ayudar o acelerar el proceso de recuperación. La evolución psicológica que tenga la víctima se va a ver reflejada en su autoestima, y si esta evolución es negativa se deberá a estas variables como: las sospechas que en ocasiones surgen tras dar su testimonio; la significación afectiva de la persona que no le cree y la falta de apoyo emocional y social.

Ullman, Filipas, Townsend, y Starzynski (2007), hallaron que las víctimas de abuso sexual que contaban con menor apoyo social eran propensas a adoptar medidas de afrontamiento como la evitación, lo que guardaba relación con un aumento de los síntomas postraumáticos. También hacen una diferenciación sobre las medidas de afrontamiento adaptativas y desadaptativas. Destacan la evitación como una de las medidas desadaptativas y de las más representativas, la evitación comprende una serie de conductas como la de no salir de casa, aislarse o incluso consumir sustancias. Estas conductas se asocian con un mayor período de recuperación y altos niveles de miedo, depresión y trastorno de estrés postraumático.

Si se atiende además a la buena adaptabilidad que pueda tener el/la menor en el campo académico, social o deportivo y las buenas relaciones con los padres/madres durante su infancia o con los niños/niñas en su adolescencia, así como el apoyo por parte de sus amigos/as cercanas o incluso de una pareja adecuada, son indudablemente elementos que tienen un efecto muy positivo sobre la autoestima de la víctima y que van a aliviar el impacto de la victimización, ya que son considerados factores de protección (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Baca, Cabanas, y Baca-García (2002) han realizado una clasificación de las medidas de afrontamiento ante un hecho traumático atendiendo a la mayor o menor tolerancia que pueda tener la víctima al estrés. Por un lado, se encuentran las estrategias de afrontamiento consideradas positivas, las cuales hacen referencia a aquellas habilidades que emocionalmente van a afectar en menor medida, estas estrategias son: reconocimiento del hecho y conformidad; reestructuración familiar y de la vida diaria; análisis del suceso desde un enfoque positivo; proposición de nuevos objetivos y vínculos; adquisición de apoyo social; y participación en asociaciones de autoayuda o en ONG. Por otro lado, se encuentran aquellas estrategias consideradas negativas: anclaje en el suceso y preguntarse cuestiones a las que no se les puede dar una

respuesta; pensamientos de culpa; pensamientos de resarcimiento y rencor; aislamiento; consumo desmesurado de sustancias; y uso excesivo de fármacos (Echeburúa, de Corral, y Amor, 2006).

Littleton (2007), describió tres modelos de afrontamiento atendiendo al tipo de procesamiento cognitivo que las víctimas utilizan tras el abuso o agresión sexual:

- a) Asimilación. La asimilación es reconocida por las escasas habilidades de evitación y también de aproximación, lo que supone disminuir las secuelas del suceso.
- b) Acomodación. La acomodación se caracteriza por las altas habilidades tanto de evitación como de aproximación.
- c) Sobre acomodación. En este caso las víctimas presentan altas estrategias o habilidades de evitación y, en cambio, bajas habilidades de aproximación, lo que les lleva a desarrollar pensamientos negativos.

Horno, et al., (2001) sugiere un modelo de evaluación integral de los factores de riesgo y de protección del abuso sexual infantil. En este modelo además de hacerse una diferenciación entre los factores protectores o compensadores y los factores de riesgo o potenciadores, también se hace una distinción entre los factores estables y los situacionales. En otras palabras, entre los factores potenciadores que constituyen un riesgo, hay algunos que están presentes a lo largo de toda la historia y existen antes del abuso (vulnerabilidad) como una experiencia de abuso intrafamiliar previa, y, otros que surgen como el conflicto conyugal (provocadores).

Horno, et al., (2001) añaden que lo mismo ocurre con los factores compensadores: algunos están relacionados con el entorno familiar y asumen una protección constante (protectores) como la comunicación familiar interna o ciertas pautas de cuidado, y otros que se originan (tampones), a través de situaciones de satisfacción que derivan del cuidado del/a menor. La importancia de esta distinción radica en la posibilidad de intervenir y modificar estos factores y nos ayuda a comprender que hay determinadas situaciones que pueden precipitar el proceso, pero solo de forma temporal (ver tabla 4):

**Tabla 4:** Factores de riesgo y de protección del Abuso Sexual Infantil

Niveles ecológicos	Factores de riesgo		Factores de protección	
	Predisponentes	Precipitantes	Predisponentes	Precipitantes
<b>Desarrollo del individuo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\ Introversión</li> <li>\ Discapacidad física/psíquica</li> <li>\ Historia previa de abuso</li> <li>\ Baja autoestima</li> <li>\ Pobres habilidades de comunicación y resolución de problemas</li> <li>\ Falta de asertividad y sumisión.</li> <li>\ Ser mujer</li> <li>\ Desconocimiento sobre la sexualidad</li> <li>\ Ser hijo no deseado</li> <li>\ Trastornos congénitos</li> <li>\ Nacimiento prematuro.</li> <li>\ Bajo peso al nacer.</li> <li>\ Falta de habilidades de autodefensa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\ Trastorno de la conducta</li> <li>\ Enfermedades o lesiones del niño</li> <li>\ Complicaciones en el periodo perinatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\ Habilidades interpersonales de comunicación y resolución de problemas</li> <li>\ Alta autoestima</li> <li>\ Asertividad</li> <li>\ Desarrollo normalizado</li> <li>\ Educación afectivo sexual adecuada</li> <li>\ Apego materno/paterno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\ Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia.</li> <li>\ Adquisición de habilidades de autodefensa.</li> </ul>
<b>Macrosistema a) Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\ Alta criminalidad.</li> <li>\ Baja cobertura servicios sociales.</li> <li>\ Alta frecuencia desempleo.</li> <li>\ Marginalidad.</li> <li>\ Inhibición social a la denuncia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\ Alta movilidad geográfica.</li> <li>\ Fácil acceso a las víctimas.</li> <li>\ Aplicación de las penas mínimas a los agresores.</li> <li>\ Ausencia de control prenatal y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\ Políticas igualitarias.</li> <li>\ Aplicación adecuada de las penas a los agresores.</li> <li>\ Procedimiento penal protector de la víctima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\ Puesta en marcha de: Programas de prevención. Programas de tratamiento de víctimas y agresores. Programas de mejora, de redes de apoyo e integración</li> </ul>

<b>Microsistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Trastornos físicos/psíquicos (ansiedad y depresión) de algún miembro de la familia.</li> <li>\Drogodependencias de algún miembro de la familia.</li> <li>\Familia monoparental</li> <li>\Madre joven.</li> <li>\Historia familiar de abuso.</li> <li>\Falta de afectividad en la infancia de los padres.</li> <li>\Disarmonía familiar.</li> <li>\Ausencia de vínculos afectivos.</li> <li>\Abandono familiar.</li> <li>\Elevado tamaño familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Enfermedades / lesiones de algún miembro de la familia.</li> <li>\Conflictos conyugales.</li> <li>\Violencia familiar.</li> <li>\Falta de control de impulsos.</li> <li>\Excesiva proximidad en el nacimiento de los hijos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Ambiente familiar sin exposición a la violencia</li> <li>\Experiencia en los cuidados del niño .</li> <li>\Planificación familiar</li> <li>\Satisfacción personal de los miembros de la familia.</li> <li>\Educación afectivo sexual adecuada en la familia..</li> <li>\Apego materno / paterno al hijo.</li> <li>\Armonía marital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Satisfacción en el desarrollo del niño.</li> <li>\Resolución de conflictos familiares.</li> <li>\Constitución o fortalecimiento de vínculos afectivos.</li> <li>\Salida del hogar del agresor intrafamiliar .</li> <li>\Escasos sucesos vitales estresantes.</li> <li>\Intervenciones terapéuticas familiares.</li> </ul>
<b>Exosistema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Dificultades en el acceso a recursos sociales y económicos.</li> <li>\Insatisfacción laboral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Desempleo.</li> <li>\Conflicto laboral.</li> <li>\Fracaso en el acceso a recursos sociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Satisfacción laboral.</li> <li>\Acceso a recursos sociales y económicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Salir del paro.</li> <li>\Resolución del conflicto laboral.</li> <li>\Éxito en el acceso a recursos sociales.</li> </ul>
<b>a) Sociolaboral</b>				
<b>b) Vecindario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Aislamiento social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Frecuente cambio de domicilio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Red de apoyo psicosocial amplia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Integración en grupos de iguales. Participación en asociaciones y actividades vecinales.</li> <li>\Apoyo social ante una problemática.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Fácil acceso a la pornografía infantil.</li> <li>\Políticas discriminatorias .</li> <li>\Falta de relación afectiva entre los hombres y los niños durante la crianza.</li> <li>\Procedimiento penal exclusivamente protector de los derechos del agresor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>perinatal.</li> <li>\Conflictos bélicos.</li> <li>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>social de familias con mayor riesgo.</li> <li>Programas sanitarios.</li> <li>Programas de investigación sobre el tema.</li> <li>\Registro unificado de casos.</li> <li>\Constitución de redes de trabajo interdisciplinar.</li> </ul>	
<b>b) Culturales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Aceptación de castigo corporal</li> <li>\Valoración del niño como propiedad de los padres.</li> <li>\La familia como un ámbito de privacidad aislado.</li> <li>\Concepción del niño como proyecto de persona, no como persona.</li> <li>\Tolerancia con todas las formas de maltrato infantil.</li> <li>\Negación de la sexualidad infantil.</li> <li>\Mito de la familia feliz.</li> <li>\Sexismo: fomento de la idea de poder y discriminación.</li> <li>\Subcultura patriarcal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Fracaso de los programas de sensibilización social.</li> <li>\Sensacionalismo en los medios de comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Actitud positiva hacia la infancia, la mujer y la paternidad.</li> <li>\Concepción del niño como persona independiente y con derechos.</li> <li>\La familia como un ámbito social integrado.</li> <li>\Consideración del niño como miembro de la familia, no como propiedad de los padres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>\Éxito de los programas de sensibilización social.</li> <li>\Asunción de la protección eficaz de la infancia por parte de la sociedad.</li> <li>\Implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas.</li> <li>\Cambio de modelos de crianza y familiares.</li> <li>\Actitud respetuosa y protectora hacia los niños de los medios de comunicación.</li> </ul>

## 5. PREVENCIÓN.

Para Santina y Aguilar (2002) es importante señalar que se pueden adoptar medidas preventivas en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. Lo que más interesa es evitar que se abuse de la integridad física y mental, la dignidad y la confianza de los y las menores.

Se considera prevención a la anticipación de una serie de hechos con la que se pueda eludir determinadas situaciones, en este caso de abuso sexual infantil. Una de las estrategias de prevención consideradas más importantes hace referencia a la resiliencia. Este concepto se extrae de la física, y hace referencia a la habilidad que tiene un cuerpo físico de poder volver a su forma inicial cuando la presión deja de ejercerse (Santina y Aguilar, 2002). Actualmente se emplea este término en el campo

de las ciencias sociales y de la salud, y en especial en el ámbito de la psicología preventiva, la cual trata de identificar y desarrollar los recursos internos y externos y los aspectos de salud de la persona, no solo para promover la recuperación sino también para eludir cualquier situación de violencia, más concretamente de violencia sexual (Santina y Aguilar, 2002).

Existen cinco ámbitos que guardan relación entre sí y que ayudan a promover y desarrollar la resiliencia (Santina y Aguilar, 2002):

- Los grupos de apoyo que tenga el/la menor y su aceptación, es decir, aceptarlo desde el amor; reforzar la protección que aportan las familias; enseñarle en destrezas sociales que le ayuden a relacionarse de forma sana y positiva.
- Desarrollar su capacidad de reflexión, la cual le permita conocer el sentido de la vida y otorgarle un significado, que le ayude a entender todo lo que sucede en ella.
- Habilidades que le transmitan sentimiento de control sobre su vida, como pueden ser habilidades sociales o resolutivas ante las dificultades, que le permitan desarrollar aptitudes para poder realizar cambios ante circunstancias frustrantes.
- Presencia de autoestima, que le ayude a valorarse y aceptarse a sí mismo. Es importante que la autoestima esté presente ya que implica la capacidad de diligencia, el respeto a uno mismo y la oportunidad de establecer límites.
- Humor. Que le permita poder ver las imperfecciones o el sufrimiento que conlleva la vida en muchas ocasiones siempre desde una sonrisa y mirando el lado positivo.

Para Santina y Aguilar (2002), la resiliencia está presente y en constante interacción entre el/la menor y el entorno, por eso se dan casos de niños y niñas que a pesar de vivir en situaciones difíciles como son el maltrato o la violencia, consiguen salir adelante y seguir creciendo gracias a las habilidades resilientes con que disponen. Estos/as menores cuenta con sus propios factores protectores, y entre ellos destacan el rol que asumen los progenitores y los/as educadores/as, ya que son sus acciones y actitudes las que pueden fomentar la resiliencia de los niños y niñas y posiblemente se consiga dar fin al círculo de agresiones y conseguir que el/la menor cuente con los recursos suficientes para poder evitar nuevos abusos.

Santina y Aguilar (2002) mencionan otros factores que pueden ayudar a impedir o eludir posibles acciones de abuso sexual:

- Sensibilización. Informar a las personas adultas, tanto padres, madres como educadores/as, sobre cuáles son los derechos de los y las menores. Ya que es necesario insistir en que los niños y niñas no son elementos ni posesiones a disposición de los adultos que los cuidan, sino que son personas y, por lo tanto, cuentan con derechos y obligaciones.
- Concienciación a los padres, madres y educadores/as sobre el uso de superioridad y de autoridad que poseen sobre los niños y niñas. Concienciar no quiere decir que se les prohíbe o se les suprime esa autoridad que tienen, sino que deben hacer un buen uso de esa facultad y emplearla sobre todo para cuidar, salvaguardar, apoyar y preservar a los niños/as. Es importante comprender que la infancia juega un papel importante para el desarrollo evolutivo de los menores y por ello, se necesitan una serie de cuidados específicos y apropiados para su edad.
- Para los padres, las madres, educadores/as y sociedad en general, es importante educarlos y proporcionarles información clara, precisa y comprensible sobre la sexualidad. Cabe considerar que tanto los medios de comunicación como los propios menores (en su caso, adolescentes), deben ser incluidos y educados en ese ámbito.
- Impulsar el empleo del buen trato y más concretamente a través del afecto. También es fundamental que los menores y el resto de la sociedad en general desarrollen sus competencias y sus habilidades para ser capaces de poder resolver los obstáculos con respeto, constancia y, sobre todo, sin violencia ni abuso.
- En hogares superpoblados y pobres, identificar y amparar a los niños y niñas que conviven en barrios o lugares en riesgo, ya que, en muchas ocasiones, el sentimiento de fracaso y la frustración les puede llevar a desarrollar o sufrir comportamientos violentos.

Por último, se debe enfatizar lo imprescindible que es que los padres, madres y educadores/as jueguen un papel activo en el progreso de la autoestima en los y las menores, concretamente la positiva, ya que son sujetos muy importantes para ellos y ellas (Santina y Aguilar, 2002).

Pieschacón (1995) clasificó en 3 subapartados la prevención que puede adoptarse ante el abuso sexual infantil:

### 5.1. PREVENCIÓN PRIMARIA.

La intención de Conte y Fogarty (1990) sobre todo es poder reconocer a los/las menores que tengan riesgo de ser víctimas de abuso sexual. Una vez son identificados, es importante educarlos en habilidades para poder evitar el abuso. Normalmente estos programas suelen llevarse a cabo en los centros escolares y guardan relación con los siguientes supuestos:

1. El niño o niña no conoce y por lo tanto no comprende qué acciones o situaciones son constitutivas de abuso sexual.
2. Los/las menores deben tener el control integral de su cuerpo y no admitir las caricias o gestos que tengan un significado sexual.
3. En relación al supuesto anterior, el niño/niña tiene derecho a negar y controlar cualquier tipo de acercamiento a su cuerpo.
4. Es importante que aprendan el sentido de la palabra “no” y cuándo deben utilizarse con los adultos.
5. Ante aquellas caricias con carácter sexual que el/la menor pueda recibir por parte del agresor, se debe enseñar al niño/a que debe informar a algún adulto sobre lo que está ocurriendo.

Para Quinteros y Conde (2011) cualquier menor puede encontrarse en riesgo de poder ser víctima de un abuso sexual, sin embargo, se conoce que existen menores que corresponden a un colectivo determinado que hace que tal riesgo aumente, concretamente se refieren a:

- Menores institucionalizados.
- Menores con discapacidad (tanto física como psíquica).
- Hijos/as de madres jóvenes.
- Menores en condiciones de pobreza.
- Menores que conviven en familias desestructuradas, en las cuales ya se han dado situaciones de agresiones o abuso.

Para Conte y Fogarty (1990) los programas enfocados a la prevención primaria pueden variar en sus métodos de trabajo, ya que emplean desde el uso aproximaciones educativas hasta la preparación de los/las menores en habilidades sociales.

Horno, et al., (2001) mencionan que en la prevención primaria no se trata el abuso sexual como tal, sino que en realidad se les enseña cómo deben ser realmente las relaciones afectivas en relación con las sexuales teniendo en cuenta la edad de los/las menores.

De tal forma, Del Campo y López (1997) consideran importante que se mantengan una serie de valores éticos que guarden relación con los derechos humanos y les permitan relacionarse desde el respeto. Los que destacan son:

- ❖ Igualdad entre ambos sexos.
- ❖ Consideración de la sexualidad infantil.
- ❖ Reforzamiento de los vínculos afectivos.
- ❖ Comprensión de la sexualidad como un encuentro afectivo recíproco y no sólo como un acto placentero.

También es importante que los niños y niñas comprendan perfectamente la idea del buen trato y se les enseñe a reconocer los derechos de las personas y los suyos propios, de tal forma que puedan entender que el abuso sexual supone una lesión a sus derechos (Horno, et al., 2001).

Finalmente, el objetivo de cualquier prevención primaria debe ser tanto identificar como evitar las situaciones de riesgo, para ello, es importante que todas las personas sepan qué características y circunstancias pueden conducir al riesgo de abuso. Igualmente, se deben facilitar una serie de recursos por parte de las instituciones y también sociales para poder actuar en ese tipo de situaciones (Horno, et al., 2001).

Estos programas normalmente tratan de enfocarse e incluir una serie de contenidos concretos como pueden ser:

- ❖ Los secretos o la información que deben esconder o aquellos que pueden contar al resto.
- ❖ Personas adecuadas e inadecuadas. Aquí se tiene en cuenta tanto lo que le hacen al/a menor como quién se lo hace.
- ❖ Controlar las conductas que tienen tanto de forma individual como de forma colectiva. Se debe vigilar la agresividad.
- ❖ Educarlos emocionalmente.
- ❖ Educarlos de manera afectivo-sexual.
- ❖ Entrenarles en habilidades de asertividad.

- ❖ Revelación del abuso y la búsqueda de ayuda. Enseñarles cómo deben hacerlo y a quién deben acudir.
- ❖ Incidir sobre los sentimientos que puedan tener de culpa.
- ❖ Fomentar las habilidades de seguridad y de autoprotección.

Después, Horno, et al., (2001) describen aquellos programas en los que se va a trabajar con las personas adultas, estos se van a enfocar en:

- ❖ La manera de actuar ante la revelación. Es importante cómo reaccionan los adultos para evitar que se revictimice nuevamente a los y las menores.
- ❖ Un planteamiento positivo y fomentar el buen trato.
- ❖ Las falsas creencias.
- ❖ El procedimiento para denunciar.
- ❖ Recursos sociales y por parte de las instituciones para poder intervenir ante tales situaciones.

Wurtele y Miller-Perrin (1992) desarrollaron una mnemotécnica a la que denominaron -“la regla de las cuatro R”-, esta regla puede ser útil para no olvidar qué se debe trabajar en dichos programas:

- RECORDAR: no olvidar la información sobre el tema, en este caso sobre el abuso sexual infantil.
- RECONOCER: saber identificar las situaciones de mayor peligro.
- RESISTIR: con la existencia de competencias de autoprotección.
- RELATAR: fomentar competencias de búsqueda de apoyo y saber expresarse ante un adulto cercano y de confianza sobre lo que está ocurriendo o ha ocurrido.

En resumen, con la aplicación de esta regla se debe conseguir una mayor asertividad, competencias para poder superar el suceso y buscar protección (Horno, et al., 2001).

## **5.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA.**

Su intención es reconocer los signos o señales iniciales del abuso sexual para poder actuar de forma rápida y efectiva y de esta forma poder evitar o disminuir los problemas psicológicos de la victimización. A los padres y madres se les advierte sobre una serie de síntomas a los que deben estar alerta en caso de que él o la menor los padeciese. Dentro de estos síntomas destacan “depresión, ansiedad, pesadillas, dificultades en el

sueño, comportamientos precoces a nivel sexual, problemas de conducta y escolares entre otros” (Pieschacón, 1995, p.11).

Como ocurre también con la prevención primaria, en la prevención secundaria también se debe comenzar con un enfoque positivo, ya que, en caso de no hacerlo, tanto la misma realidad (en muchas ocasiones cruel) como la falta de recursos, puede conducir a la ineficacia de la prevención (Horno, et al., 2001).

Esta tarea debe llevarse a cabo desde un enfoque integral en el que se tengan en cuenta una serie de factores como los de vulnerabilidad, los de riesgo o los protectores. Estos factores no deben contemplarse como elementos causales, sino como interacciones para formar una realidad personal y exclusiva que facilite unos recursos (Horno, et al., 2001).

### **5.3. PREVENCIÓN TERCIARIA.**

Pieschacón (1995) señala que es aquí donde se lleva a cabo el tratamiento y los métodos de intervención, que serán desarrollados más adelante. Quinteros y Conde (2011) consideran que en ocasiones es complicado poder determinar un límite entre la prevención terciaria y el mismo tratamiento, sin embargo, aunque coincidan, persiguen y emplean objetivos y metodologías distintas, por lo que se complementan.

Nos encontramos en esta fase de la prevención cuando el abuso ya se ha producido y se trabaja tanto con la víctima (para que no experimente de nuevo situaciones parecidas, se le facilita unas pautas para autodefenderse y también se le da un tratamiento), como con el abusador/a para impedir que reincida (Quinteros y Conde, 2011).

Tal y como se ha venido demostrando en distintos estudios, la actitud de los progenitores va a ser primordial en la recuperación del niño o la niña víctima en el tratamiento. Los esfuerzos terapéuticos van a ser resultado de las acciones de los padres y madres, de cómo reaccionan y de si creen el testimonio de sus hijos/as y les apoyan (Horno, et al., 2001).

Horno, et al., (2001) añade que en la prevención terciaria se trata de eludir por un lado la victimización secundaria de los y las menores tras haber sido víctimas del abuso sexual y por otro lado la reincidencia de los abusadores/as tras haber realizado la agresión.

Este trabajo coincide generalmente con la etapa de tratamiento, y lo mejor es poder realizar una actuación terapéutica e individualizada. Sin embargo, hay situaciones en las que dar este tipo de intervención terapéutica no es viable, por lo que es imprescindible contar con otro tipo de recursos psicoeducativos para poder llevar a cabo la prevención de manera eficiente (Horno, et al., 2001).

Por lo tanto, en Horno, et al., (2001) hacen una diferenciación entre:

1. Intervención psicoeducativa: este tipo de intervención suele llevarse a cabo normalmente de forma grupal y puede aplicarse a distintos ámbitos como puede ser el educativo, social, en diferentes servicios o incluso en las prisiones con los abusadores.
2. Actuación terapéutica individualizada: Esta intervención puede ser a medio plazo o a largo plazo.

Ambas intervenciones comparten los mismos propósitos y metas, pero tratan de alcanzarlos con metodologías distintas. En cambio, cabe mencionar que las probabilidades de rehabilitación, bien sea con las víctimas o con los agresores/as, están sujetas a que:

- No se forme una identificación negativa. Dicho en otras palabras, que el o la menor no establezca su identidad a partir del abuso, de tal forma que le haga caer en una situación de revictimización o reincidencia. Cuando se produce el abuso, una de las causas del desarrollo que hay que tener en cuenta es que el método de identificación como fundamento para el desarrollo solo brinda dos opciones: por un lado, se encuentra la identificación con la víctima, la cual les lleva a una revictimización y a distintas secuelas a nivel psicológico; por otro lado, se encuentra la identificación con el abusador, que puede llevarle a reincidir y reiterar en los modelos de conducta. Por lo tanto, para poder conseguir la rehabilitación del o la menor, es necesario reconducir el procedimiento de identificación (Horno, et al., 2001).
- No se dé una estigmatización por parte de la sociedad, de modo que la propia vivencia del abuso conduzca a los y las menores víctimas o a los abusadores al aislamiento o la exclusión social. Esta es una de las muchas razones por las que se debe estar en contra de los "listados públicos de abusadores sexuales". Hay que tener en cuenta que, en caso de publicarse tales listados, no sólo dificulta o incluso hace imposible el tratamiento, sino que también se elimina la motivación del abusador ante el mismo. Esto es importante ya que los expertos involucrados

en este trabajo coinciden en que el tratamiento en la mayor parte de las ocasiones es la única vía para poder rehabilitar a los abusadores/as y conseguir reinsertarlos de manera efectiva (Horno, et al., 2001).

La sociedad olvida muchas veces o pretende olvidar que el agresor fue o pudo ser también víctima y, por lo tanto, no dejan de tener derecho a una nueva oportunidad de recuperación como cualquier otra persona. Además, surge la pregunta de ¿qué sucede con aquellos abusadores que son menores de edad (los cuales representan a un tercio de los agresores/as)? La ley prohíbe la publicación de datos relacionados con los niños y niñas menores de edad. Se adopta esta medida como método preventivo y para evitar el perjuicio que se pueda provocar al abusador (Horno, et al., 2001).

Blanch (2002), adaptado por Cantera (2002) emplea una tabla (ver Tabla 5) en la que se recogen los tres tipos de prevención mencionados con cada una de sus particularidades:

**Tabla 5:** Características de los niveles de prevención.

<b>TIPO</b>	<b>PRIMARIA</b>	<b>SECUNDARIA</b>	<b>TERCIARIA</b>
<b>OBJETO</b>	causas	Crisis	Efectos
<b>ENFOQUE</b>	Proactivo	Activo	Reactivo
<b>TIEMPO</b>	Antes de la emergencia del problema	Durante la irrupción del problema	Después de la aparición del problema
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de la incidencia frecuencia (del número de casos nuevos).</li> <li>• Refuerzo de los conocimientos, aptitudes y recursos necesarios para afrontar con garantía de éxito crisis futuras.</li> <li>• Desactivación de factores de riesgo,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la prevalencia o duración (del número total de casos existentes).</li> <li>• Detección precoz de los nuevos casos declarados.</li> <li>• Restablecimiento de los niveles habituales de autocontrol, autoestima y funcionamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimización del impacto (del deterioro patológico).</li> <li>• Reducción de los síntomas (de la extensión, intensificación y cronificación de los trastornos).</li> <li>• Evitación de recaídas.</li> </ul>

	<p>facilitadores o precipitantes de la aparición del problema.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento del <b>sentido de comunidad</b>.</li> </ul>	<p>general.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reparación urgente de los trastornos manifiestos.</li> <li>• Reducción del riesgo de victimización secundaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitación biopsicosocial.</li> </ul>
<b>CAMPO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población general.</li> <li>• Grupos de riesgo</li> <li>• Ambientes y experiencias de riesgo (<b>sucesos</b> y <b>transiciones</b> vitales).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas, grupos y entornos organizacionales y comunitarios inmersos en contextos estresantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas afectadas por trastornos agudos o crónicos.</li> </ul>
<b>ESTRATEGIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información y sensibilización.</li> <li>• Concienciación y educación.</li> <li>• <b>Marketing social</b></li> <li>• Promoción de la calidad de vida.</li> <li>• Protección social.</li> <li>• Creación de redes apoyo social.</li> <li>• Fortalecimiento (<b>Empowerment</b>) de la capacidad de respuesta personal a demandas del entorno social y capacitación de éste para una atención satisfactoria a las necesidades personales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención en crisis.</li> <li>• Asistencia primaria.</li> <li>• Consulta, consejo.</li> <li>• Orientación.</li> <li>• Acompañamiento.</li> <li>• Apoyo social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia biopsicosocial.</li> <li>• Recursos de afrontamiento (<b>coping</b>).</li> <li>• Grupos de autoayuda.</li> <li>• Redes de apoyo social.</li> <li>• Orientación y acompañamiento.</li> <li>• Resocialización.</li> <li>• Reinserción psicossocial.</li> </ul>

Esquema General de la Prevención. Adaptado de Blanch (2002)

## 6. DETECCIÓN.

Al igual que como se ha venido mencionando anteriormente, Horno, et al., (2001) proponen afrontar el abuso sexual de forma integral. Por lo tanto, cuando los/las profesionales traten de detectar los sucesos de abuso sexual, aparte de prestar atención a las familias que puedan encontrarse en riesgo, deberán contemplar también aquellos factores de protección que guarden relación con los de riesgo, realizando una evaluación de forma individual e interdisciplinar.

Horno, et al., (2001) mencionan que los/las profesionales que se ocupan de las esferas de detección más sencillas, como pueden ser la enseñanza, la salud o los servicios sociales, deben disponer de información sobre:

- ❖ Las peculiaridades de la relación entre la víctima y el agresor/a. Esto no solo les va a ayudar a poder detectar el supuesto de abuso sexual a través de la conducta que tenga el o la menor, sino que también lo va a hacer la conducta que adopte el agresor/a, ya que éste puede adoptar diferente apariencia.

- ❖ Los componentes de protección o de riesgo.
- ❖ Las señales físicas y de la conducta que ayuden a intuir la probable existencia de un abuso sexual.
- ❖ Las consecuencias que pueda suponer un supuesto de abuso sexual para el o la menor en su crecimiento evolutivo, tanto a corto como a largo plazo.

### 6.1. INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Para UNICEF (2011) existen dos situaciones que pueden ser valoradas cuando se dude sobre un posible caso de abuso sexual infantil:

1. Situaciones en las que mientras se esté revisando la salud del menor, el especialista pueda llegar a dudar por la información que esté proporcionando el o la menor, por los síntomas psicológicos que pueda presentar, por su conducta o estado emocional.
2. Situaciones en las que él o la menor es llevado a consultar bajo la sospecha de algún acompañante distinto al abusador (profesor, abuelos, educador, etc.)

En cualquiera de estas dos situaciones UNICEF (2011) aconseja preguntar en ese momento sobre la causa de la consulta, realizar la anamnesis y realizar una serie de preguntas sobre los síntomas concretos. Algunas de estas tareas son las siguientes:

1. Llevar a cabo una entrevista con los/as menores para en búsqueda de señales emocionales o de conducta.
2. Llevar a cabo una evaluación física del menor o la menor.
3. Revisión genital de los y las menores.
4. Si no se encuentra nada ni en las evaluaciones físicas ni genitales, y tampoco presencia de señales clínicas (como psicológicas o alteraciones funcionales) se le notificará para realizar un control de la conducta durante un periodo de 2 semanas.
5. Si se dan hallazgos en la evaluación física o genital, con o sin la existencia de señales clínicas, se deberá realizar una entrevista con el adulto que acompañe al menor.

6. Si no se encuentran hallazgos en la evaluación física, pero sí se han encontrado señales clínicas, se deberá continuar con una mayor evaluación y exploración.
7. Determinar la concienciación del adulto sobre el asunto.
8. Contemplar la probabilidad que pueda tener el o la menor de una revictimización.

Quinteros y Conde (2011) contemplan una serie de indicadores que pueden presentar los niños, niñas y adolescentes y que los distingue en tres categorías:

- En primer lugar, se encuentran los indicadores históricos: aquí se tiene en cuenta la historia que cuenta el o la menor y se analiza la información para su posterior evaluación.
- En segundo lugar, mencionan los indicadores físicos: estos hacen referencia a las huellas o señales que puedan tener los menores en su cuerpo por los episodios de abuso.
- Por último, contemplan los indicadores comportamentales: hay que tener en cuenta que puede haber menores que experimenten el abuso sexual de forma asintomática y por lo tanto no presenten estos indicadores.

#### 6.1.1. INDICADORES FÍSICOS.

- Problemas para poder andar o permanecer sentado.
- Ropa íntima rota o con sangre.
- Heridas recientes en la zona genital que no puedan ser justificadas.
- Infección genital o urinaria.
- Presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- Encontrar semen en ciertas partes del cuerpo del o la menor, sobre todo en las zonas íntimas, boca o incluso ropa.
- Embarazo, más concretamente al principio de la adolescencia y cuando no se da información sobre el padre.
- Problemas en la defecación.
- Incontinencia fecal o urinaria.

Quinteros y Conde (2011) añaden que estos indicadores pueden presentarse en otros cuadros psicopatológicos, por lo tanto, es muy importante que se preste atención a los demás indicadores que se encuentren para poder hacer un diagnóstico apropiado.

Lachica (2010) contempla en una tabla (ver tabla 6) las distintas lesiones que puedes presentar los y las menores víctimas de un abuso físico y cuáles son los indicadores:

**Tabla 6.** Indicadores físicos del abuso físico

LESIONES	INDICADORES FÍSICOS
Lesiones cutáneas	Excoriaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias, etc.
Lesiones esqueléticas (provocadas por zarandeos, sacudidas y torsiones)	Desprendimientos episiarios alrededor de la articulación del codo y la rodilla, fracturas de huesos largos, fracturas costales y claviculares, etc.
Lesiones craneoencefálicas	Fracturas de bóveda y base craneal, hematoma subdural, fracturas del macizo facial, etc.
Lesiones oculares	Edemas, heridas, hemorragias del vítreo, desgarros, desprendimientos, etc.
Lesiones viscerales	Roturas de vísceras (hígado, bazo, vejiga, etc.)

Fuente: Lachica (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*.

#### 6.1.2. INDICADORES COMPORTAMENTALES.

Horno, et al., (2001) los dividen en las siguientes categorías:

➤ SEXUALES:

- Comportamientos de carácter sexual no acordes con la edad del o la menor. Estos comportamientos pueden ser: “masturbación compulsiva, caricias buco-genitales, conductas sexualmente seductoras, agresiones sexuales a otros niños más pequeños o iguales.
- Tener pensamientos sexuales no acordes a su edad.
- Afirmaciones de carácter sexual impropias.

UNICEF (2011) observan que en los y las menores de diez años, pueden darse una serie de conductas que pueden ser consideradas indicadores comportamentales:

- Dibujos y retratos con significados sexuales.
- Comportamientos sexualizados. Por ejemplo, que agredan sexualmente a un o una menor o a cualquier compañero o amigo.
- También contempla como ya se ha mencionado anteriormente la masturbación constante, pero en este caso lo hace más detalladamente:
  1. Hasta dañarse.
  2. Se repite en multitud de ocasiones diariamente.
  3. Cuando no es capaz de poder parar.
  4. Cuando introduce diferentes objetos en la cavidad vaginal o anal.
  5. Emite gemidos cuando se masturba.

En los y las menores que superen los diez años, se pueden observar como indicadores las siguientes conductas:

- Mayor promiscuidad.
- Explotación del menor con carácter sexual y con fines comerciales.
- Presencia de señales gráficas: con significado sexual, dibujar cabezas sin el resto del cuerpo o en caso de dibujar el cuerpo, hacerlo sin la parte inferior, emplear el color rojo, etc. (UNICEF, 2011).

➤ NO SEXUALES:

Horno, et al., (2001) integran además indicadores comportamentales que no presenten connotación sexual y son los siguientes:

- Problemas funcionales: dificultad para poder dormir, incontinencia fecal o urinaria, desajustes alimenticios (como bulimia o anorexia), estreñimiento persistente.
- Desórdenes emocionales: tristeza persistente, crisis de angustia, soledad, incapacidad para controlar las emociones, miedos constantes, inestabilidad afectiva.

- Desórdenes en la conducta: ataques o abusos, escapadas o huidas, consumo de sustancias como alcohol o drogas, pensamientos o tentativas suicidas.
- Desórdenes cognitivos: retraso para hablar o comunicarse, dificultad para escuchar u observar, problemas en el rendimiento escolar, desórdenes en la psicomotricidad y dificultades de crecimiento.

Horno, et al., (2001) realizaron también una lista en la que recogía los síntomas más comunes teniendo en cuenta la edad de cada menor, que son los que se citan a continuación:

- Los niños y niñas de edad preescolar suelen presentar malestar crónico, comportamientos sexualizados o incluso retrocesos en su desarrollo.
- Los menores de entre 6 y 12 años en ocasiones presentan ausencia de autoestima, dificultades en la escuela, problemas para poder dormir o que guarden relación con el sueño, problemas o dolores abdominales, etc.
- A los/as menores adolescentes les caracteriza también por la ausencia de autoestima, abandono o huidas de sus casas, tristeza o decaimiento, embarazo y conductas violentas.
- Las personas adultas que fueron abusadas sexualmente de pequeñas normalmente suelen negar tales hechos durante varios años. Los recuerdos pueden surgir cuando la víctima se queda embarazada por primera vez, seguido de un carácter mucho más fuerte o violento, pensamientos suicidas o necesidad de represalias contra el abusador/a. Puede ocurrir también que los recuerdos se contengan hasta que el hijo o la hija tengan la edad en la que la madre fue víctima y en este caso pase a ser la agresora de sus hijos.

## 7. DIFICULTADES PARA LA DETECCIÓN.

Como se ha podido comprobar, tanto la complejidad del abuso sexual infantil como los diversos factores que lo configuran hacen imperceptible tal problema, imposibilitando en numerables ocasiones su detección (Quinteros y Conde, 2011).

Horno, et al., (2001) resaltan que cuando intentamos superar un problema, como en este caso es el abuso sexual infantil, van surgiendo distintos obstáculos que no sólo

sobrepasan el propio problema, sino que también lo componen, como por ejemplo el miedo de los ciudadanos por este asunto, que normalmente hace que terminen adoptando conductas de rechazo, de protección o incluso ocultándolo. Ese oprobio y las dificultades que surgen para poder entender tales hechos hacen que surja un abandono más alto de los y las menores víctimas, dejándolos aislados frente al suceso.

Rozanski (2003) menciona que para poder detectar el abuso sexual infantil se dan una serie de dificultades, las cuales van a ser desarrolladas a continuación:

- Personales: son las peculiaridades que tiene la víctima y su vida y que dificultan la detección. El silencio suele ser una de las particularidades tanto del o la menor como de su familia. El/la agresor/a, como ya se ha mencionado a lo largo de este trabajo, maneja a la víctima y generalmente bajo amenazas consigue su silencio, haciendo que se produzca mayor tardanza en la revelación o que la detección sea muy lenta.

A menudo, el silencio suele ir ligado al sentimiento de culpabilidad que suele padecer la víctima, creyendo que lo que ha ocurrido es responsabilidad suya y evitando así contar tal suceso a nadie (Rozanski, 2003).

También puede ocurrir que el agresor sea el padre, padrastro, madre o madrastra del o la menor y que éstos les digan que lo que está sucediendo es algo habitual y que, por lo tanto, ocurre en todas las familias (Rozanski, 2003). Podrán darse otras circunstancias en las que el agresor intente que el/la menor tenga apenas relaciones sociales.

Rozanski (2003) indica una última característica personal en las víctimas y hace referencia a que, en muchas ocasiones, cuando el niño o la niña deciden confesar lo ocurrido, el abusador acaba siendo detenido, motivo que hace que las víctimas terminen retractándose y confesando nuevamente que habían mentido. Relacionado con esto último, sucede también que el agresor es quien sustenta al resto de la familia y su detención supone perder el salario y la economía de la familia.

- Sociales: Antiguamente, se tenía el pensamiento de que los problemas que se daban dentro del núcleo familiar eran sucesos privados y que, por lo tanto, no había que anunciarlos ni denunciarlos. A día de hoy, este razonamiento se sigue manteniendo en algunos núcleos familiares de modo que lo que ocurre en muchas ocasiones, se mantiene en la privacidad. Esto supone que gran parte de

los abusos sexuales no se hagan públicos y sea más difícil detectarlos (Rozanski, 2003).

El abuso sexual infantil tiene una considerable carga sobre la sociedad, normalmente influyen factores como las miradas de la gente o la humillación que produce en la familia. Sin embargo, en los últimos años están desapareciendo estas características sociales que obstruyen la detección de los abusos sexuales a niños y niñas, ya que cada vez la sociedad tiene más conocimientos sobre el tema, están más comprometidos y, en consecuencia, se deciden a denunciarlo (Rozanski, 2003).

- Institucionales: Las escuelas y las entidades de la salud forman parte de las instituciones en las que podemos encontrar mayor número de elementos de protección ante el abuso sexual infantil. Sin embargo, los niños y niñas que deciden revelar lo sucedido, deben hacerlo ante los juzgados (Rozanski, 2003).

Considerando esta situación, se debe hacer referencia a que este proceso se hace en espacios fríos, con personas que el o la menor no conoce y donde tendrá que relatar en más de una ocasión el mismo suceso, generando una situación muy agresiva para el menor y su familia (Rozanski, 2003).

Además, Rozanski (2003) plantea que las incoherencias de los menores en sus relatos, los cambios o los silencios, son considerados en muchas ocasiones por los profesionales como si de simples relatos se trataran y no les dan la importancia que tienen. A veces, las contradicciones que realizan los y las menores negando lo relatado hacen que los jueces acaben optando por la absolución de los agresores sin tener en cuenta las dificultades por las que está pasando el/la menor.

Con esto se plasma el compromiso y la obligación que tienen algunos profesionales e instituciones para comprender las particularidades de los y las menores víctimas de abuso sexual, analizar e interpretar los sucesos y apoyarse de la ayuda de otros profesionales como son los forenses (Rozanski, 2003).

Lo que ocurre es que el niño o la niña muchas veces acaba revelando el suceso a su profesor o profesora, ya que debido a las horas que pasa en la escuela, se trata de personas con las que tienen confianza, por lo que se puede ver que es algo que no quiere expresar ni en su propia casa (Rozanski, 2003).

Otro modo de poder descubrir estos sucesos es a través de las entidades de la salud, aunque a veces no cuentan con medios suficientes y les resulta muy difícil detectarlo. A pesar de todo esto, a pesar de que en ocasiones los y las menores acaban confesando lo sucedido, Rozanski (2003) termina añadiendo que la predilección de la sociedad a lo largo de los años siempre fue ocultar, rechazar, contradecir y silenciar.

## **8. TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.**

Las secuelas a largo plazo que trae consigo la victimización son, psicológicamente muy nocivas para las víctimas, más concretamente cuando el abusador/a forma parte de su familia o incluso cuando en el suceso de abuso sexual se ha llevado a cabo con penetración. A pesar de que las consecuencias que suelen presentar las víctimas por lo general varían entre un caso y otro, existe una relación entre los abusos sexuales y la aparición de secuelas tanto en la vida adulta como en la juventud. Por lo tanto, las víctimas que sufrieron abuso sexual en la infancia pueden presentar algún trastorno de estrés postraumático de manera crónica, síntomas de ansiedad o depresión, alteración de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria o incluso el abuso o exceso de alcohol o drogas (Fergusson, Boden, y Horwood, 2008; Flitter, Elhai, y Gold, 2003; Kendler et al., 2000; McLean y Gallop, 2003; Pereda, Gallardo-Pujol, y Jiménez, 2011; Putnam, 2003).

En otras ocasiones pueden manifestarse cambios psicosomáticos en adultos, como consecuencia de abusos sexuales continuados en la infancia. Por ejemplo, problemas respiratorios, aumento considerable del peso corporal, dolores crónicos en la cabeza, etc. Así pues, las víctimas de abuso sexual pueden sufrir un mayor número de alteraciones mentales cuando son adultos (concretamente 2.4 veces superior) que aquellas personas que no han experimentado tales hechos (Fergusson et al., 2008).

Es por eso por lo que surge la necesidad de tratar los sucesos de abuso sexual en la infancia, para poder dar fin a las secuelas lo antes y en el menor tiempo posible, antes de que las secuelas se tornen persistentes o crónicas.

Velázquez, Delgadillo, y González, (2013) consideran que se puede realizar la intervención tanto de forma individual como grupal. Independientemente de la intervención seleccionada, es imprescindible contemplar las habilidades que el o la menor tenga, la edad y el grado de desarrollo del menor (Velázquez, et al., 2013).

Con la terapia grupal se trata de brindar a los niños, niñas y adolescentes la opción de compartir con otros/as menores que han experimentado situaciones muy parecidas, reducir los sentimientos y pensamientos de estigmatización y ofrecer procedimientos para la contención emocional, donde los sucesos de abuso puedan ser analizados e identificados por los/las menores. Además, con la terapia en grupo se consigue la optimización de los recursos tanto económicos como humanos y aumentar la atención de los participantes (Corbalán, Espinosa, y Martínez, 1993).

En el tratamiento individual las sesiones deben estar dirigidas a la reducción de los síntomas y del daño o angustia personal ocasionado. Debe destacar la flexibilidad en la terapia, que permita al profesional trabajar en distintos puntos del trauma. También debe manifestarse una aproximación más indirecta a la vez que se ofrece al menor tiempo para reelaborar el suceso. El análisis del trauma debe ayudar a la víctima a relatar lo sucedido y contextualizarlo, permitiendo relacionar lo acontecido con lo actual (Ibaceta, 2007).

Una tercera terapia puede ser la terapia familiar, las virtudes que tienen este tipo de terapias inciden sobre el distrés psicosocial, la reducción de los síntomas de estrés postraumático, un descenso de la estigmatización y la inculpación o atribución a sí mismo de sucesos negativos, la ansiedad o incluso el aumento de habilidades parentales (Campos, Parada, Moraga, y Moreno, 2008).

Igualmente, es fundamental que el profesional posea un conocimiento y competencias amplias sobre el tema de abuso sexual infantil y sobre las técnicas o procedimientos que va a emplear. Además, debe poseer habilidades concretas para poder atender a los y las menores. En muchas ocasiones, puede resultar muy duro para las víctimas relatar lo sucedido, provocándoles vergüenza o hipersensibilidad, por lo que el profesional no debe olvidar ofrecer a los y las menores el tiempo que sea necesario para que puedan coger confianza y sentirse tranquilos y cómodos en la terapia (Velázquez et al., 2013). Consideran que, para poder llevar a cabo el proceso terapéutico, es necesario contemplar y cumplir estos dos pasos:

- El diagnóstico. Se caracteriza por distintas técnicas como son las entrevistas, la contemplación, la realización de pruebas psicológicas e incluso cuentos cuando sea posible. En esta fase, es importante dedicar tiempo para investigar y analizar el tema que se está tratando.

- La intervención terapéutica. En esta fase el/la terapeuta ha conseguido que la víctima se identifique, igualmente ha evaluado las expresiones emocionales y conductuales que son las que va a proceder a tratar prioritariamente.

Como se comentó en el apartado de prevención, la prevención terciaria comprende los aspectos para intervenir con víctimas de abuso sexual infantil. El tipo de intervención dependerá de los objetivos específicos que se hayan desarrollado, en cambio, a nivel general, los objetivos de la intervención deben ser:

- Ayudar al/la menor a que comprenda el suceso que ha sufrido y las secuelas que padece.
- Animar al niño o niña a que reflexione y hable sobre el hecho, sin llegar a padecer ansiedad o sentimientos de culpabilidad.
- Disminuir el grado de intensidad, persistencia y reiteración de los síntomas intrusivos, de evitación, etc. (Lipovsky, 1992).

El interés clínico se centra en fomentar las habilidades o estrategias adecuadas para poder influir o mediar en los problemas que afectan a las personas. Es importante que el/la profesional que va a estar con los niños y niñas víctimas de abuso sexual detalle de forma clara los fines o propósitos de la intervención. El/la menor debe tener conocimiento de que la intervención está dirigida a enseñarle a controlar un conjunto de sucesos que le están provocando problemas. Un elemento fundamental del tratamiento es que el/la profesional no presuponga que los y las menores se encuentran afectados emocionalmente por el abuso, ya que, en diversas situaciones, los hechos se muestran en un entorno afectivo, y cabe la posibilidad de que la víctima se encuentre en esos momentos más afectado por estar siendo separado de sus padres/madres o incluso por la visión del resto de personas sobre el abuso y sus implicaciones (lipovsky, 1992).

Las intervenciones comprenden una etapa educativa, la cual está subordinada al nivel de desarrollo en el que el o la menor se halle. Los niños y niñas normalmente se encuentran más cómodos cuando descubren que el/la terapeuta está comprendiendo sus sentimientos y sus preocupaciones o cuando conocen a otros/as menores víctimas también de abuso sexual, por lo que ya no tienen la percepción de ser los únicos/as que lo han sufrido. En esta etapa se les proporciona información sobre el tema de la sexualidad o del comportamiento habitual a nivel sexual. Normalmente suelen hallarse conocimientos distorsionados sobre estos temas, por lo que deben ser examinadas y tratadas adecuadamente por el clínico en esta etapa (Friedrich et al., 1992).

Las intervenciones deben considerar que los y las menores han sido forzados a percibir o manifestar determinadas conductas aversivas. De tal forma que en las terapias se debe establecer un ambiente donde el niño o la niña se sienta seguro y apoyado, ya que en ocasiones los intentos terapéuticos por frenar la evitación de determinados aspectos que guardan relación con el suceso pueden llegar a ocasionar miedos y molestias a los niños y niñas (Friedrich et al. 1992). Es fundamental que el o la menor pueda tener un mínimo control en la terapia y se le permita imponer una serie de limitaciones que le permitan crear una relación de confianza con el terapeuta. Además, si el/la clínico/a no tiene en cuenta las demandas y necesidades del niño/a de tener su propio espacio, posiblemente el proceso de la terapia no sólo no será efectiva, sino que además afectará de manera negativa al/la menor. Sin embargo, el/la menor debe haber comprendido cuál es la finalidad del tratamiento y para ello es importante que el/la clínico/a se lo mencione de manera frecuente. Si se da la situación de que el/la menor entre en un estado de evitación que impide el progreso de la intervención, el/la terapeuta deberá abordar los motivos que dirigen al niño/a a esa situación, de tal forma que la finalidad u objetivo de la terapia se deberá establecer nuevamente (Lipovsky, 1992).

Una de las finalidades de las intervenciones principales es mostrar y enseñar a los/las menores métodos concretos para poder controlar diversas reacciones emocionales como el temor o la ansiedad; de tal forma que la víctima sienta que tiene control sobre sus sentimientos. Entre estos métodos se encuentran el entrenamiento para lograr una relajación muscular (Ollendick y Cerny, 1981), y el entrenamiento para controlar la respiración y reducir la ansiedad (Barlow y Craske, 1989).

Otro de los métodos para manejar la ansiedad es la distracción, la finalidad de la distracción en el tratamiento no consiste en evitar los sentimientos, sino que se trata de aprender a manejar la ansiedad que se haya provocado en la sesión. Otros métodos de distracción que se emplean en las terapias se emplean para que el/la niño/a se involucre en ciertas actividades cómo pueden ser la pintura, el juego, etc., a la vez que expresa datos importantes sobre el suceso del abuso. También destacan los métodos de exposición cuya finalidad es que el/la niño/niña consiga hacer frente a determinadas situaciones. La clasificación de estos métodos dependerá de la manera de la exposición (imaginario o en vivo) y el grado de ansiedad que se provoque en la exposición (alto o bajo) (Barlow y Craske, 1989).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), es considerada como la aplicación clínica de la psicología, la cual se apoya en una serie de fundamentos y métodos que se ratifican de forma empírica (Plaud y Plaud, 2001).

La principal finalidad de la terapia cognitiva-conductual reside en la alteración de los procesos mentales como por ejemplo aquellas creencias que imposibilitan un buen funcionamiento de la víctima tanto a nivel psicológico como a nivel social. Este objetivo puede alcanzarse a través de diferentes formas. Una de las más empleadas es el rediseño del modo de percibir los roles de la persona. Aquí el/la clínico/a enseña a la víctima para que se pueda caracterizar a sí mismo. En primer lugar, lo hará por escrito para posteriormente vuelva a escribir el texto y pueda reconocer guiones alternativos para finalmente ser entrenado por el/la terapeuta para que los puedan llevar a cabo en la vida diaria (Zorrilla, 2007).

Los objetivos principales de la terapia cognitiva-conductual con menores víctimas de abuso sexual son: proporcionar al menos una serie de habilidades para el control de la ansiedad, cambiar las ideas o pensamientos irracionales que puedan tener y reconvertir las creencias distorsionadas en relación al abuso (Berlinger y Wheeler, 1987).

La preparación en competencias da la oportunidad a los/las menores de poder hacer frente y lograr controlar aquellas situaciones complicadas. Cuando se trata de prevenir el abuso sexual, se proporciona al niño o niña una serie de habilidades de protección ante la probabilidad de que pueda sufrir situaciones de este tipo. Sin embargo, también se debe tener en cuenta que a pesar de que las víctimas empleen de manera adecuada aquellas estrategias que le han enseñado, el adulto puede de todos modos acabar cometiendo el abuso (Deblinger, McLeer y Henry, 1990).

Otra cuestión que se debe tener en cuenta es la intervención de los padres y las madres a lo largo del tratamiento. Las respuestas de los padres y las madres ante la revelación de abuso de sus hijos/hijas, independientemente de que se haya llevado a cabo por personas conocidas o desconocidas, va a verse reflejado en el comportamiento de los/las menores. Por lo tanto, incluir la figura de los padres y madres en las intervenciones va a permitir que los/as niños/as consigan focalizarse más en el suceso y puedan expresar sus sentimientos. (Deblinger et al, 1990).

# PARTE EMPÍRICA

## 1. METODOLOGÍA

### OBJETIVOS.

El objetivo de esta revisión es analizar diferentes estudios sobre tratamientos psicológicos que se llevan a cabo con niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil con el fin de determinar:

- Si se encuentran mejoras en los trastornos o síntomas que padecen los y las menores.
- Si se observa algún tipo de deterioro en alguno de los trastornos o síntomas.
- Si realmente son eficaces las intervenciones o si las mejoras (en caso de que las hubiere) se deben a otros factores externos.
- Conocer si algún tipo de terapia es más eficaz que el resto.
- Conocer si se dan diferencias en el tratamiento según el sexo de las víctimas.

### MÉTODO

La búsqueda de los estudios seleccionados se llevó a cabo a través de la base de datos Psycinfo, la cual fue considerada la más apropiada teniendo en cuenta el campo de estudio. Se emplearon los estudios encontrados hasta mayo de 2021.

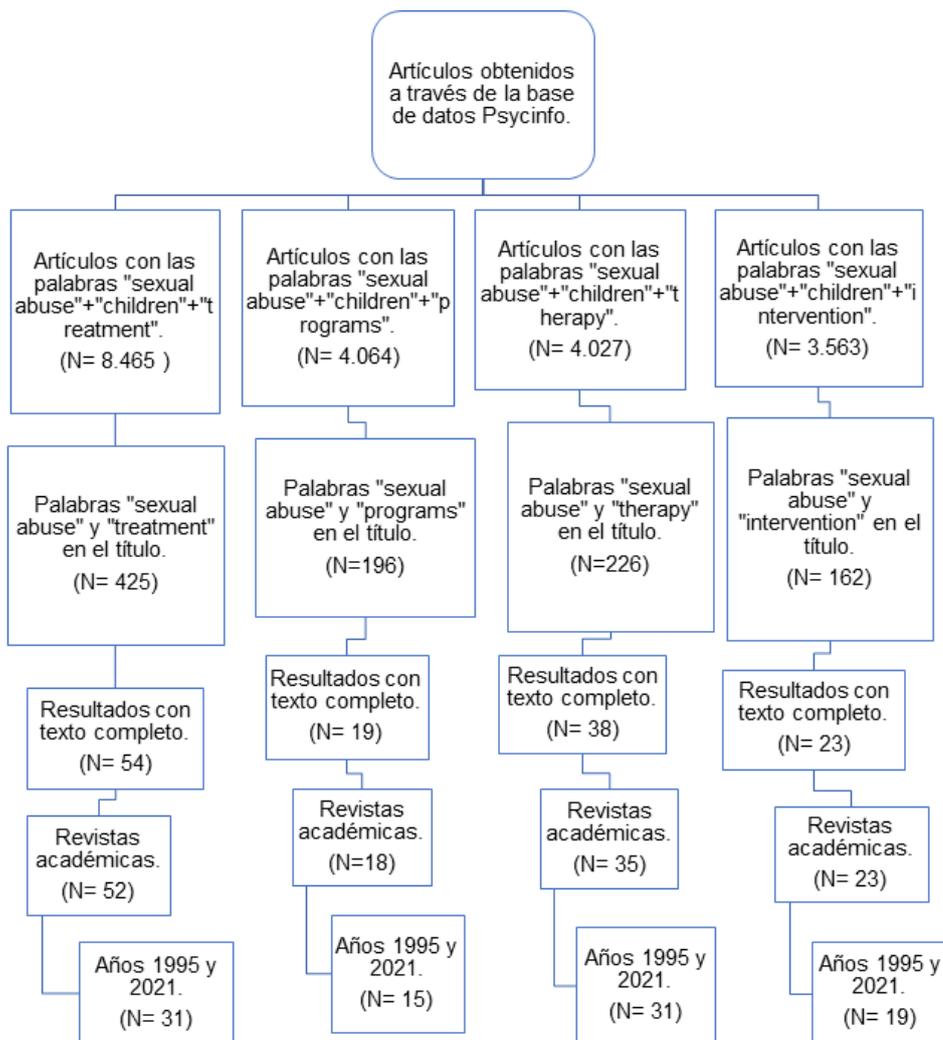
Las siguientes palabras clave son las que se introdujeron en la primera búsqueda para obtener los estudios y fueron traducidas al inglés: “sexual abuse” AND “children” AND “treatment”, obteniendo 8.465 resultados. Tras observar el gran número de resultados, la búsqueda fue acotada desde un primer momento para las palabras “sexual abuse” y “treatment”, a las cuales se estableció que aparecieran en el título, por lo que se redujo el número de resultados a 425.

Posteriormente se realizó una segunda búsqueda en la que se cambió la palabra “treatment” por la de “programs”, obteniéndose 4.064 resultados más, a los cuales se estableció nuevamente que aparecieran las palabras “sexual abuse” y “programs” exclusivamente en el título, por lo que los resultados disminuyeron a 196.

En una tercera búsqueda se intercambió la palabra “programs” por la palabra “therapy” y se obtuvieron otros 4027 resultados, por lo que de nuevo se volvió a modificar la búsqueda para las palabras “sexual abuse” y “therapy” para que aparecieran expresamente en el título, haciendo que los resultados se redujesen a 226.

Finalmente, se hizo una última búsqueda en la cual se sustituyó la palabra “therapy” por “intervention” y tras obtener altos resultados (3563), se incluyó que las palabras “sexual abuse” y “intervention” aparecieran en el título de los estudios, por lo que los resultados terminaron siendo de 162.

Figura 1. Diagrama del proceso de selección de estudios.



Una vez obtenidos todos los resultados de las búsquedas, los artículos se cribaron teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Que contasen con el texto completo vinculado. Tras incluir este criterio, los resultados de la primera búsqueda descendieron a 54 (frente a los 425), los resultados de la segunda búsqueda se redujeron a 19 (anteriormente 196), en la tercera búsqueda el número de resultados fue de 38 (frente a los 226) y en la última búsqueda descendieron a 23 (anteriormente 162).
- Que se tratase de revistas académicas (excluyendo resultados de disertaciones, libros, etc). Una vez introducido el criterio de inclusión, se redujeron nuevamente los resultados de las búsquedas, atendiendo a la primera, se obtuvieron 52 resultados (frente a los 54), en la segunda a 18 (frente a los 19), en la tercera a 35 (frente a los 38) y en la última se mantuvieron en 23.
- Que fueran publicados entre los años 1995 y 2021. Aplicando este criterio, los resultados de la primera búsqueda descendieron a 31 (frente a los 52), los de la segunda a 15 (frente a los 18), la tercera a 31 (frente a los 35) y la cuarta a 19 (frente a los 23).
- Que los artículos estuviesen escritos en los idiomas de castellano o inglés. En este caso, los resultados no se redujeron en ninguna de las búsquedas y todos los resultados se obtuvieron en inglés.
- Que los tratamientos fueran aplicados a menores de edad.
- Que los estudios fueran sobre un tratamiento psicológico dirigido a menores que han sufrido abusos sexuales.

Una vez aplicados estos seis criterios, se analizaron los artículos uno a uno para terminar descartando aquellos que no cumplían los criterios arriba mencionados. Es decir, los criterios de exclusión han sido los siguientes:

- Que se tratasen sólo de abstract o resúmenes, o parte de artículos. Es decir, sin el texto completo.
- Que fueran libros, presentaciones en congresos, revisiones teóricas, etc. Obteniendo por lo tanto revistas académicas.
- Que fueran publicados antes de 1995. Descartando aquellos publicados antes de tal año.

- Que los artículos estuviesen escritos en los idiomas que no fueran castellano o inglés.
- Que las referencias obtenidas no fuesen tratamientos sin llevar a cabo. Aquí se excluyeron/descartaron aquellas referencias que describían intervenciones pero que no se habían puesto en práctica ni se había estudiado su efectividad.
- Que los tratamientos se hubiesen llevado a cabo con adultos víctimas de abuso sexual. Con este criterio se descartaron aquellos tratamientos que se habían realizado con adultos que habían sido abusados en la infancia. (inclusión) (poner de adultos).

Finalmente, los estudios que cumplían con los requisitos y que se seleccionaron para realizar la revisión sistemática fueron examinados para finalmente excluir aquellos que no se ajustaban realmente a los objetivos del estudio.

La siguiente información se recuperó y codificó para cada estudio (ver tabla 5)

- (1). Información del estudio (autor y año).
- (2). Título del artículo.
- (3). Población del estudio (número de participantes, edad media y sexo).
- (4). Diseño del estudio.
- (5) Tipo de tratamiento.
- (6). Instrumento de medida (entrevista, cuestionario, etc).
- (7). Resultados principales.

## 2. RESULTADOS

A continuación, se mostrarán los resultados de cada uno de los estudios recogidos en una tabla (ver tabla 7), tras la que posteriormente se procederá a describir en mayor profundidad los resultados, los instrumentos de medida empleados y otras variables consideradas de interés para este trabajo.

**Tabla 7.** Estudios de tratamiento psicológico del abuso sexual infantil.

Información del estudio	Título	Población de estudio	Diseño del estudio	Tipo de tratamiento	Instrumento de medida	Resultados principales
<p><b>Autores/as:</b> Nolan, Carr, Fitzpatrick, O'Flaherty, Kearu, Turner, O'Shea, Smyth, Tobin.</p> <p><b>Año:</b> 2002.</p>	<p>A Comparison of Two Programmes for Victims of Child Sexual Abuse: A Treatment Outcome Study.</p>	<p><b>N=19.</b></p> <p><b>Edad media=</b> 12.6 años.</p> <p><b>S=</b> Femenino (85%) y masculino (15%).</p>	<p>Cuasi-experimental.</p>	<p>Tratamiento cognitivo conductual. Terapia individual (TI).</p>	<p>-Child Behaviour Checklist (CBCL; Achenbach 1991).</p> <p>-Youth Self Report (YSR; Achenbach, 1991).</p> <p>-Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992).</p> <p>-Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996).</p>	<p>-CBCL: se encuentran mejoras significativas en el 46% de los casos.</p> <p>-YSR: no hay efectos significativos.</p> <p>-CDI: aumenta la probabilidad de ineficacia.</p> <p>-TSCC: reducciones significativas en las variables "ira" y "depresión".</p>
<p><b>Autores/as:</b> Nolan, Carr, Fitzpatrick, O'Flaherty, Kearu, Turner, O'Shea, Smyth, Tobin.</p> <p><b>Año:</b> 2002.</p>	<p>A Comparison of Two Programmes for Victims of Child Sexual Abuse: A Treatment Outcome Study</p>	<p><b>N=9.</b></p> <p><b>Edad media=</b> 12.7 años.</p> <p><b>S=</b> Femenino (100%).</p>	<p>Cuasi-experimental.</p>	<p>Tratamiento cognitivo conductual. Terapia individual y grupal (TIG).</p>	<p>-CBCL</p> <p>-YSR</p> <p>-CDI</p> <p>-TSCC</p>	<p>-CBCL: se encuentran mejoras significativas en el 20% de los casos.</p> <p>-YSR: no hay efectos significativos.</p> <p>-CDI: reduce la probabilidad de ineficacia.</p> <p>-TSCC: reducciones significativas en las variables "ira" y "depresión".</p>

<p><b>Autores/as:</b> Misurell, Springer, Acosta, Liotta, Kranzler.</p> <p><b>Año:</b> 2014.</p>	<p>Game-Based Cognitive – Behavioral Therapy Individual Model (GB-CBT-IM) for Child Sexual Abuse: A Preliminary and Outcome Study.</p>	<p><b>N=</b> 45.</p> <p><b>Edad media=</b> 10 años.</p> <p><b>S=</b> Femenino (74%) y masculino (26%)</p>	<p>Cuasi-experimental.</p>	<p>Tratamiento cognitivo - conductual. Cognitivo - conductual. Terapia individual (TI). Utilizan el juego.</p>	<p>-CBCL</p> <p>-YSR</p> <p>- Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC; Briere et al., 2001).</p> <p>-TSCC</p> <p>-Child Sexual Behaviour Index (TSBI; Friedrich, 1997).</p> <p>-Children Knowledge of Abuse Questionnaire- Revised (C-KAQ-R; Tutty, 1995).</p> <p>-Client Satisfaction Inventory (CSI; McMurtry y Hudson, 2000).</p>	<p>- Conductas de internalización (CBCL+YSR) mejoras significativas.</p> <p>-Conductas de exteriorización (CBCL+YSR) menor exteriorización.</p> <p>-Síntomas de trauma (TSCYC con reducciones significativas) + (TSCC con mejoras aunque no significativas).</p> <p>-Comportamientos sexuales inapropiados (CSBI) mejoras significativas.</p> <p>-Habilidades seguridad personal (CKAQ-R) mejoras significativas.</p>
<p><b>Autores/as:</b> Matulis, Resick, Rosner, Steil.</p> <p><b>Año:</b> 2014.</p>	<p>Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Adolescents Suffering from Posttraumatic Stress Disorder</p>	<p><b>N=</b> 10.</p> <p><b>Edad media=</b> 17 años.</p> <p><b>S=</b> Femenino (90%) y masculino (10%).</p>	<p>Cuasi-experimental.</p>	<p>Tratamiento cognitivo - conductual. Terapia individual y grupal (TIG).</p>	<p>-Clinician-Administered Posttraumatic stress disorder (PTSD) Scale (CAPS; Blake et al. 2000).</p> <p>-Structured Clinical Interview for DSM-IV</p>	<p>-Las medidas de TEPT: se redujeron significativamente.</p> <p>-Resultados CAPS y UCLA: fuertes reducciones de síntomas de TEPT.</p> <p>-Resultados DICA, A-DES Y BSL-23: descenso significativo de síntomas depresivos, disociativos y déficits</p>

	<p>after Childhood Sexual or Physical Abuse: A Pilot Study.</p>				<p>Axis I and Axis II (SCID-I; First et al. 1997).</p> <p>-Diagnostic Interview for Mental Disorders in Childhood and Adolescence (Kinder-DIPS; Schneider et al. 2009).</p> <p>-Interview for Traumatic Events in Childhood (ITEC; Lobbestael et al. 2009).</p> <p>-Culture-Fair Intelligence Test (CFT-20-R; Weiß, 2006).</p> <p>-University of California Los Angeles PTSD Reaction Index (UCLA; Steinberg et al. 2004).</p> <p>- German version of the (CDI) Children's Depression Inventory (DICA; Kovacs 1985).</p>	<p>de regulación emocional.</p> <p>-Sólo se mostró una exacerbación en los síntomas de TEPT debido al deterioro cognitivo sugerido en el CFT-20-R.</p>
--	---	--	--	--	--	--

					<p>-Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES; Armstrong et al. 1997).</p> <p>-Borderline Symptom List (BSL-23; Bohus et al. 2009).</p>	
<p><b>Autores/as:</b> De Luca, Boyes, Grayston, Romano.</p> <p><b>Año:</b> 1995.</p>	<p>Sexual Abuse: Effects of Group Therapy on Preadolescent Girls.</p>	<p><b>N=</b> 30.</p> <p><b>Edad media=</b> 10 años.</p> <p><b>S=</b> Femenino (100%).</p>	<p>Cuasi-experimental.</p>	<p>Tratamiento cognitivo-conductual. Terapia grupal (TG).</p>	<p>-Self-Esteem Inventory (SEI; Coopersmith, 1981).</p> <p>-Revised Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS; Reynolds and Richmond, 1978).</p> <p>-CBCL.</p> <p>-Social Validation measures (SVM).</p>	<p>-Aumento significativo de la autoestima.</p> <p>-La ansiedad se reduce significativamente.</p> <p>-Los resultados continuaron siendo significativos los meses posteriores tras finalizar el tratamiento.</p> <p>-Se redujo tanto la exteriorización como la interiorización de problemas de conducta y ambos se mantuvieron meses posteriores a la finalización del tratamiento aunque la exteriorización no de manera tan significativa.</p>
<p><b>Autores/as:</b> Coren, Thomaes, Hutchfield, Iredale.</p> <p><b>Año:</b> 2013.</p>	<p>Report on the Implementation and Results of an Outcome-focused Evaluation of Child Sexual Abuse Intervention</p>	<p><b>N=</b> 42.</p> <p><b>Edad media=</b> 12.75 años.</p> <p><b>S=</b> Femenino (69%) y masculino (31%).</p>	<p>Cuasi-experimental.</p>	<p>Tratamiento cognitivo-conductual. Terapia grupal (TG).</p>	<p>-Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997).</p> <p>-McNemar test (McNemar, 1947).</p>	<p>- El test McNemar muestra una pequeña reducción en el nº de niños que mostraron comportamientos autolesivos y sexualmente inapropiados. También mostró un descenso significativo de los comportamientos</p>

	ons in the UK.				<p>-Wilcoxon-signed rank test (Wilcoxon, 1945).</p>	<p>violentos y agresivos en los menores.</p> <p>-El test Wilcoxon-singed rank se observa un aumento significativo del nº de noches de sueño no interrumpido y un descenso significativo del nº de pesadillas. También se contempló un aumento del tiempo dedicado a la educación y un descenso de la enuresis aunque no de manera significativa.</p> <p>-SDQ: muestra una reducción significativa de los problemas emocionales y un descenso también de la hiperactividad aunque en menor medida. Se contempló una mejora en general de los resultados psicológicos y comportamentales.</p>
--	----------------	--	--	--	---	---

En los estudios incluidos en la revisión, se llevaron a cabo diferentes tratamientos a menores víctimas de abuso sexual infantil. Los instrumentos de medida empleados en todos los estudios seleccionados eran muy similares y dirigidos a evaluar y tratar trastornos y síntomas determinados. Sin embargo, el procedimiento empleado en cada uno de los estudios seleccionados fue distinto, mientras que unos se llevaban a cabo a través de terapias individuales, otros se realizaron con terapias grupales o incluso combinando ambas. En uno de los estudios además se empleó el juego como modo de terapia. Al tratarse de estudios con distintos procedimientos, se quiso observar si se daba algún cambio en los resultados y poder comprobar si alguno presentaba mayor nivel de eficacia frente al resto.

Los trastornos o síntomas que se observan/analizan en la mayoría de los estudios fueron los siguientes:

En primer lugar, se estudia la existencia o inexistencia de un trauma como consecuencia del abuso sexual, en los estudios destaca la importancia que se atribuye a los síntomas contemplados en la presencia de trastorno por estrés postraumático (TEPT). El trauma y los síntomas de estrés postraumático han sido medidos a través de encuestas como TSCC en el primer estudio, TSCYC y TSCC en el segundo estudio y CAPS, ITEC y UCLA en el tercer estudio. En el tercer estudio, además, se añaden el ADES para medir la existencia de síntomas disociativos y el ITEC para estudiar la severidad del abuso, negligencia o abandono recibido.

En segundo lugar, tanto en el primer, segundo y tercer estudio, se analiza la existencia de síntomas depresivos y ansiosos, también a través de las encuestas de TSCC, CDI, CBCL, DICA, YRS y CMAS, la autoestima también es medida con el SEI.

En los estudios también se examinan la interiorización y exteriorización de problemas de conducta, concretamente se mide en encuestas a través del CBCL y el YRS o la existencia de comportamientos sexuales inapropiados que se miden a través de la escala CSBI. Además, en el tercer estudio se incluye el estudio de desórdenes psiquiátricos y problemas severos en las emociones a través del SCDI-I, el ICD-10 y el manual diagnóstico DSM-IV y también se mide la posibilidad de que las víctimas tengan algún tipo de discapacidad intelectual o presenten síntomas de trastorno límite de la personalidad a través del CFT-20-R y BSL-23 respectivamente.

Por último, se encuentra el estudio 5, el cual se centra en la evaluación del comportamiento y se centra en determinadas conductas como la hiperactividad y la distracción (a través del SDQ), los comportamientos autolesivos (a través de McNemar test) o causas sobre las interrupciones de sueño, la enuresis o la frecuencia de pesadillas que padecen a través del Wilcoxon-signed rank test.

Atendiendo a la edad media o la muestra de los estudios, podemos ver que la mayoría se han llevado a cabo con menores de 13 años, exceptuando el tercer estudio que se realizó con adolescentes de edad media de 17 años. Lo favorable de haber obtenido más de un estudio que se llevase a cabo con menores de las mismas edades es que si en todas las intervenciones, se observan mejoras en las mismas áreas, se podría llegar a concluir que realmente ese tipo de intervenciones son eficaces con menores abusados sexualmente que comprendan la edad de 13 años.

Es importante tener en cuenta que, para realizar las intervenciones, en los estudios se recogieron datos pre y post tratamiento, para de esta forma poder contemplar con mayor precisión los cambios y mejoras que se han conseguido a través de cada uno.

Por lo general, en los estudios se encontraron fuertes reducciones de los síntomas de estrés postraumático. Estos resultados son muy importantes, ya que conseguir dar fin a los síntomas de trastorno por estrés postraumático desde edades tempranas va a ayudar a los y las menores a prevenir el desarrollo del mismo, pero de forma severa y a evitar posibles desórdenes secundarios.

Las puntuaciones del CBCL han sido de las mejores de todas, sobre todo en el primer estudio, en el cual se realizaba en el mismo una comparación de dos estudios, en donde uno se empleaba la terapia individual y en el otro se combinaba la individual con la grupal. En este estudio pudo comprobarse que las víctimas que realizaron únicamente terapia individual mejoraron significativamente y con puntuaciones más elevadas que los que combinaron ambas terapias.

También se hallaron mejoras significativas en los síntomas depresivos, disociativos y en los déficits de regulación emocional que tenían los y las menores. Por lo general se logró que mejoraran en las categorías de comportamiento y se incrementó el conocimiento sobre el abuso sexual infantil y las habilidades de seguridad personal. Se han señalado los beneficios de enseñar a los/las menores habilidades de seguridad personal, ya que por un lado ayuda a los/as niños/as a adoptar estrategias efectivas para poder reducir el riesgo de sufrir abusos sexuales en un futuro y, por otro lado, ayuda a aquellos/as menores que aunque ya han experimentado sucesos de abuso, consigan reducir la probabilidad que tienen de volver a ser victimizados (la cual suele ser más alta en este grupo de menores).

Otro hallazgo importante en los estudios es que se observaron reducciones en la presencia de comportamientos sexuales inapropiados. La importancia de estos resultados se debe a que este tipo de comportamientos son de los más comunes que suelen presentar los y las menores abusados sexualmente, y, a su vez, se trata de una de las conductas que pone en riesgo o afectan a las personas de su alrededor, por lo que conseguir disminuir estos comportamientos es fundamental e imprescindible.

En el quinto estudio, el cual analizaba variables distintas al resto de estudios, se encontró una reducción del número de niños y niñas que mostraban comportamientos autolesivos y también un descenso en aquellos/as menores que mostraban comportamientos agresivos o violentos. En el mismo estudio se observó un descenso del número de pesadillas y, como consecuencia, un aumento del número de noches de sueño no interrumpido. Además, se consiguió un control sobre la enuresis y se amplió el tiempo que dedicaban las víctimas a la educación.

En los estudios en los que se realizaba terapia cada día permite un mayor ahorro de tiempo ya que este no se emplea tratando de recordar la terapia pasada. Asimismo, el tratamiento diario además de reducir la duración total del tratamiento, puede servir de ayuda para aquellos/as adolescentes que presentan problemas para anticipar largos periodos de tiempo para las terapias. Así, se consigue reducir los síntomas de forma más rápida y, por lo tanto, se logra aumentar la motivación de continuar con la terapia (el cual era uno de los problemas que se daban en las terapias con adolescentes, ya que son más propensos a abandonar los tratamientos antes de darse por finalizados).

Al emplearse la terapia individual (como en el primer, segundo, tercer estudios), el número de sesiones que se realizan pueden ser ajustadas a las necesidades de cada menor y su familia, además en este formato de terapia es más fácil atender a la gravedad de sus síntomas, ya que no suele ser la misma en todos los niños y niñas.

La terapia en grupo (empleada en el tercer, cuarto y quinto estudios) también tiene diversos beneficios, ya que llevar a cabo el tratamiento en un entorno igual puede proporcionar a las víctimas una visión de universalidad que les ayuda a interactuar con otros niños y niñas que han experimentado situaciones similares. También les ayuda a reducir los sentimientos de soledad o de incompreensión que en muchas ocasiones desarrollan estos/as menores o incluso a ampliar sus redes de apoyo social. Con la terapia en grupo surgen nuevas oportunidades en las que se les enseña a las víctimas a mejorar las habilidades sociales, desarrollar nuevas formas de hacer frente a las experiencias del abuso o aprender sobre cómo detectar o establecer relaciones sanas, sobre todo con compañeros de su misma edad. A diferencia de la terapia individual, la terapia en grupo puede ayudar a un mayor número de niños y niñas con los recursos disponibles.

Por último, también se emplea una combinación de ambas terapias (en los estudios primero y tercero), en el cual se comenzaba con la terapia en grupo para lograr que las víctimas se familiaricen a hablar con otros/as menores de su misma situación sobre el suceso y cuando eran capaces de abrirse, se continuaba con la terapia individual para las víctimas que lo requiriesen, ya que se darán casos en los que con la terapia de grupo era suficiente.

Además de atender a los resultados, en los estudios también se aprecian una serie de detalles para llevar a cabo los tratamientos, los cuales considero importantes que se tengan en cuenta cuando se vayan a realizar futuros tratamientos de abuso sexual infantil.

En primer lugar, los/as médicos o profesionales que llevaron a cabo las evaluaciones habían recibido previamente una formación completa sobre la teoría, justificación y práctica del abuso sexual infantil y su tratamiento.

Es importante que los especialistas que desarrollan el tratamiento no sean luego los que evalúen su eficacia, sino que sea otro clínico distinto el que examine el transcurso del tratamiento tanto antes de comenzarlo como al finalizarlo e incluso tras un seguimiento meses más tarde. De esta forma se podría llegar a evitar las posibilidades de que el terapeuta que realiza el tratamiento lo evaluara de manera no objetiva.

Por último, destacar que en uno de los tratamientos (el cuarto más concretamente) se hace a la vez un seguimiento de menores que no han sido abusados sexualmente pero que también padecían síntomas muy similares a las víctimas. A este grupo de menores no se les realizaba ningún tipo de tratamiento, simplemente una observación durante un período de tiempo determinado. El objetivo de este seguimiento era poder comprobar si los avances que se conseguían durante la terapia se debían realmente a la terapia de grupo o a otros factores externos como la madurez o el paso del tiempo, es decir, si en lugar de reflejar una reducción de las secuelas, simplemente plasmaban cambios evolutivos que implican diferentes síntomas en distintas etapas de desarrollo.

En ese mismo estudio, se observó que antes del tratamiento, la autoestima de las chicas abusadas era mucho menor que la de las no abusadas. Durante el período de estudio se dieron mejoras en la autoestima de ambos grupos, sin embargo, las mejoras de las chicas abusadas eran significativamente mayor que el de las no abusadas. Al finalizar el estudio, la autoestima de las chicas abusadas era la misma que las no abusadas, por lo que se demostró que el aumento de autoestima fue mayor que el que se podría haber producido por madurez o paso del tiempo.

### **3. DISCUSIÓN**

Los resultados de estos estudios son el reflejo de diversas aportaciones para el futuro, más concretamente para la ciencia psicológica. Esta revisión sistemática puede ayudar a conocer aquellos ámbitos en los que las intervenciones han mostrado una gran eficacia y buenos efectos sobre los/las menores abusados/as sexualmente. También pueden servir de motivación para que se realicen nuevas investigaciones y nuevos tratamientos, en los que se tengan más en cuenta variables como la edad o el sexo de los/las menores, cosa que no ha sucedido en los estudios obtenidos y que sería

necesario para poder finalmente encontrar las diferencias o similitudes y poder obtener finalmente conclusiones más fiables.

En esta revisión se ha observado que todos los tratamientos psicológicos dirigidos a menores que han sufrido abusos sexuales son eficaces y mejoran el estado de estos/menores. Por lo tanto, se puede deducir que llevar a cabo estas intervenciones cognitivo-conductuales con menores de características similares será efectivo igualmente.

El principal objetivo de este trabajo residía en realizar una revisión sistemática de los tratamientos psicológicos a menores víctimas de abuso sexual y su evolución durante los mismos.

Atendiendo a los objetivos planteados al inicio de la revisión, las conclusiones que se pueden extraer de los resultados obtenidos son:

- En todos los estudios se observaron mejoras significativas en los trastornos o síntomas del abuso sexual durante el tratamiento, tras finalizarlo y permanecieron en aquellos estudios es los que se hizo un seguimiento meses después de concluir el tratamiento.
- Además de los progresos, no se observó ningún tipo de deterioro durante las intervenciones ni tampoco tras finalizarlas. Por lo que, basándonos en estos resultados, se puede concluir que no existe riesgo alguno a la hora de realizar las terapias.
- Los estudios muestran que las intervenciones han sido eficaces, además, uno de los estudios se ha centrado más concretamente en este asunto y ha revelado que las mejoras se deben a las terapias y no a la existencia de factores externos. Por lo tanto, se puede concluir que, sin estas intervenciones, los y las menores no habrían mejorado de forma tan exitosa.
- Aunque cada terapia, tanto individual como grupal, ha mostrado ser productiva, no se han encontrado diferencias tan significativas en cuanto a la eficacia de sus resultados como lo señala el primer estudio, por lo que no se puede considerar que el empleo de una sea mejor que la otra. No obstante, cada una ha mostrado tener sus propias ventajas por lo que el empleo de una terapia que combine ambas formas será siempre la más preferible.
- Por último, se quería conocer si existían diferencias en los tratamientos atendiendo a la variable del sexo, sin embargo, no ha sido posible comprobarlo

ya que la muestra en todos los estudios era mayoritariamente femenina, por lo que no se pudieron obtener datos concluyentes.

El presente trabajo ha hecho varias aportaciones al campo de la psicología en lo referente a menores que sufren malos tratos. De hecho, y teniendo en cuenta que hay muy pocos estudios sobre el tema, este trabajo arroja luz sobre el tema y en concreto sobre los tratamientos psicológicos. En concreto, este trabajo es la primera revisión sobre tratamientos psicológicos contribuyendo a este ámbito de la psicología. Haber realizado una revisión con adolescentes, en el cual se han tratado y contemplado las mismas variables, con instrumentos muy similares, y en los que los resultados han reflejado también mejoras, puede ayudar a concluir (aunque con un estudio sería precipitado sacar conclusiones) que es posible que los tratamientos cognitivos conductuales, dirigidos a intervenir en los traumas, problemas conductuales, ansiedad, depresión, etc. resulten efectivos con menores entre las edades de 13 y 17 años, aunque se den algunas diferencias externas que habría que controlar, como la deserción en los adolescentes.

Haber realizado una revisión sistemática de los distintos tipos de tratamientos psicológicos ha servido de ayuda para conocer la situación actual de los tratamientos psicológicos para menores de abuso sexual infantil, a la vez que ha permitido el avance o retraso que existe en este ámbito.

Este trabajo ha podido ser una gran aportación ya que, gracias a este, se ha podido comprobar que aún es necesario seguir trabajando en este ámbito, más específicamente cuando se trata de menores ya que como se ha venido comentando a lo largo de todo el trabajo, los menores generalmente son el perfil de víctima que más problemas suele presentar a la hora de gestionar sucesos traumáticos, controlar sus emociones, etc., impidiendo un correcto desarrollo personal y social.

Estos hallazgos pueden servir de ayuda para sensibilizar sobre la necesidad y la importancia de intervenir y tratar a aquellos/as menores de abuso sexual infantil cuando lo precisen. También pueden ayudar para que los/as terapeutas o clínicos trabajen y se centren de forma más directa en aquellos trastornos o síntomas que sean más comunes en el abuso sexual infantil (considerando el gran número de trastornos que podrían llegar a manifestar las víctimas), de esta forma, se conseguirá agilizar los tratamientos o incluso optimizar el empleo de los recursos.

El presente trabajo tiene, no obstante, sus limitaciones. Por una parte, cabe mencionar el número de estudios incluidos en la revisión, cinco. Se trata de un dato relevante que hay que tener en cuenta, ya que estos resultados pueden ser un reflejo de que se han llevado a cabo pocos tratamientos psicológicos para trabajar con menores que han sufrido abuso sexual, teniendo en cuenta que el número de intervenciones que se realizan con adultos que habían sufrido abusos sexuales en la infancia es mayor.

Por otro lado, estos estudios sólo han puesto en práctica la terapia cognitivo-conductual, eso significa que no se han probado otro tipo de intervenciones o perspectivas psicológicas y por lo tanto no se puede concluir si otro tipo de intervenciones tendría mejores resultados que las llevadas cognitivo-conductuales llevadas a cabo.

Debido a las similitudes que tienen todos los estudios (en cuanto a haber sido realizados por menores de entre 13 y 17 años, o que la mayor parte de la población haya sido femenina), es difícil poder generalizarlos a otros menores que no cumplan con esas variables, como por ejemplo a menores de 13 años o a menores de sexo masculino.

Como futuras líneas de investigación, sería interesante que se realizaran más estudios con víctimas de abuso sexual y que la muestra fuese en gran medida masculina o, en caso de realizarla con ambos sexos, que la división fuese equitativa, para así poder obtener más información sobre cómo influyen los tratamientos en niños o adolescentes, comprobar si se da alguna diferencia o si necesitan otro modelo de terapia para lograr su efectividad.

También sería importante que los estudios se llevasen a cabo con números de muestras más grandes, o incluso con menores de 13 años, ya que, si se lograran encontrar buenos resultados también en este tipo de población, estos menores serían considerados y podrían tratados con las mismas terapias.

Atendiendo a la tasa de abandono de los tratamientos, se contempla (en el segundo estudio más concretamente) que la tasa de deserción ha sido mucho más baja que otros estudios, lo que caracteriza a este estudio es el uso del juego y otras actividades que han demostrado servir como una herramienta poderosa para mejorar la relación de las víctimas con el/la terapeuta, aumentando por lo tanto el deseo de los niños y niñas y el de sus familias de participar en las terapias.

De tal forma, se podrán evitar aquellas esferas de intervención que no proporcionen mejoras significativas e incorporar otras nuevas reflejen grandes mejorías, además de conseguir optimizar ciertos recursos como por ejemplo el tiempo.

El tratamiento comienza en terapia, pero continúa en casa. Es fundamental que los/las padres/madres sean también quienes lleven a cabo el seguimiento de sus hijos e hijas, es importante que sean informados y sobre todo educados en conocimientos de abuso sexual infantil para de esta forma saber cómo deben actuar en cada momento con el/la menor en casa. Para que la terapia mantenga sus buenos resultados a largo plazo, se debe continuar trabajando en casa incluso meses o años después de finalizar el tratamiento.

Para concluir, se debe resaltar que la terapia cognitivo-conductual ha evidenciado ser efectiva en las muestras recogidas por estudios seleccionados para trabajar con menores que han sufrido abusos sexuales. Asimismo, las mejorías que se han producido han sido en ámbitos personales muy importantes de los menores (trauma, problemas de conducta, control emociones, aumento de habilidades sociales, etc.), por lo que continuar empleando este tipo de tratamientos psicológicos puede ser un acierto.

Sin embargo, como ya se ha comentado, si se quieren aplicar a menores con particularidades distintas a los seleccionados en los estudios (como menores de 13 años o del sexo masculino) se deberán hacer los estudios cautelosamente, para comprobar si en estos nuevos grupos de víctimas resulta necesario realizar una readaptación de la terapia.

Aquí sólo se ha podido contemplar la terapia cognitivo-conductual, por lo que esta revisión puede servir de motivación para nuevas investigaciones donde se apliquen terapias distintas con el fin de obtener mayores conocimientos sobre el tratamiento psicológico del abuso sexual infantil.

# INFORME EJECUTIVO

## INTRODUCCION.

En el presente trabajo se ha querido hacer una revisión sistemática de los tratamientos psicológicos del abuso sexual infantil en menores de edad. Para ello, se ha realizado previamente una fundamentación teórica para contextualizar el abuso sexual infantil, su diferenciación con otras modalidades de maltrato, el perfil de las personas que se ven implicadas en este problema, así como sus factores de riesgo, protección o mediadores. Finalmente se tienen en consideración tanto la prevención como la detección del abuso sexual infantil, ya que, sin esta última, no será posible poder llevar a cabo ningún tipo de tratamiento con los/las menores, corriendo el riesgo de que aquellos síntomas o trastornos que presenten desde pequeños/as se vuelvan crónicos y más difíciles de tratar en edades adultas.

Posteriormente, se comenzará la parte empírica del trabajo, en la que se revisarán distintos estudios sobre tratamientos a menores víctimas de abuso sexual infantil entre las edades de 13 y 17 años. En ella se extraerán los resultados y se realizará una discusión sobre los mismos, teniendo en cuenta tanto las limitaciones como las aportaciones para futuros estudios.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

El abuso sexual infantil no es tema novedoso o reciente. Los malos tratos a los menores son una realidad que se ha venido dando a lo largo de la historia en todas las civilizaciones y culturas (Casado, Díaz, y Martínez, 1997; Walker, Bonner y Kaufman, 1988). No se trata de sucesos eventuales, aislados o alejados, sino de un asunto universal y complicado que surge como consecuencia de una serie de factores tanto a nivel individual, familiar, social o cultural (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Inglés y Angulo, 1991) pudiendo llegar a ocasionar la muerte del o la menor (Finkelhor y Ormrod, 2001).

Forma parte de uno de los modelos de maltrato que más tarde se ha investigado. El estudio sobre el maltrato infantil se comenzó centrándose únicamente en el análisis y observación de los malos tratos a nivel físico (Arruabarrena y De Paúl, 1999; Cots i Moner, 1993). Sin embargo, en el abuso sexual infantil no se lesiona al menor solo físicamente, sino que normalmente acaban presentando secuelas psicológicas. Unido a

esto y atendiendo a que en múltiples ocasiones no hay presencia de perjuicios físicos que puedan ser percibidos visiblemente o a través de la presencia de síntomas psicológicos que favorezcan la detección, el abuso sexual infantil ha sido una de las tipologías del maltrato más complicadas de estudiar (Simón et al., 2000).

Existen diversas modalidades de maltrato que pueden darse hacia los menores y en distintos contextos. Sin embargo, algunas formas de maltrato son consideradas más comunes que otras y normalmente son llevadas a cabo por los progenitores o personas cercanas.

Para definir este concepto, se debe distinguir entre dos formas en las que el maltrato puede darse. Quinteros y Conde (2011) entre otros realizan esta distinción:

- Por comisión o maltrato activo. A través de lesiones, insultos, abuso sexual, etc. Supone una violencia que se produce con una acción. Aquí se incluyen el abuso físico, abuso sexual o abuso emocional/psicológico y otros autores como Amato (2004) incluyen la explotación laboral y mendicidad o la corrupción.
- Por omisión o maltrato pasivo, es decir, el abandono tanto físico como emocional. Este tipo de maltrato es muy común y considerado igual de grave que el anterior. Se incluyen el abandono o negligencia física o cognitiva y el abandono emocional.

Díaz et al., (2004) determinan el abuso sexual como la participación de los menores en actividades sexuales, con el fin de satisfacer las demandas sexuales de un adulto y mencionan que las modalidades del abuso sexual pueden darse con o sin contacto físico. También incorporan un componente importante a la definición, ya que normalmente el abuso suele ser entendido como todo contacto físico de carácter sexual, pero realmente existen otras modalidades en las cuales no se da ese contacto, como pueden ser forzar al menor a mantener relaciones sexuales con otra persona, contemplarlo desnudo, obligarle a masturbarse, el exhibicionismo, exponerlo a pornografía, etc.

Atendiendo al perfil de los agresores y las víctimas, estos suelen presentar a menudo una serie de características psicológicas o sociales que definen sus rasgos de personalidad. Hay que tener en cuenta que esto no sucede ni se cumple con todos los agresores o víctimas de abuso sexual infantil, pero sí se han ido dando a lo largo de los años diversos estudios que han examinado posibles relaciones entre los perfiles y el abuso sexual infantil.

En la familia destacan características como el divorcio, la separación de los cónyuges y el nuevo matrimonio de las familias multiparentales. En las familias monoparentales también suele presentarse una elevada incidencia de abusos sexuales que, generalmente, suelen producirse cuando el padre acude el fin de semana a visitar al menor (Perrone y Nannini, 2010).

El perfil del abusador suele comprender diversas características, ya que no existe un tipo de abusador concreto. Estos abusadores pueden ser reservados, inofensivos fuera del núcleo familiar o incluso son reconocidos en ocasiones por su dulzura e ingenuidad. Sin embargo, desde el punto de vista personal, pueden tratarse de adultos que sienten fobia y repulsión a la sexualidad adulta (Perrone y Nannini, 2010). También podemos encontrar otros tipos de abusadores como aquellos diagnosticados por una psicopatía como la pedofilia (American Psychiatric Association, 1995).

En los perfiles de los/las niños/as víctimas, se atienden a particularidades como la edad promedio, la cual Intebi (2011) menciona que se encuentra entre los 8 y 13 años o su relación con el exterior, en la que el menor puede tener dificultades para establecer relaciones de confianza (Perrone y Nannini, 2010).

Con todo esto se trata de explicar que el abuso sexual infantil no es casual, sino que son conductas que van formándose y que implican una previa planificación (Horno, et al.).

Es importante tener en cuenta los perfiles de cada uno de las personas que se ven implicadas en el abuso sexual infantil, pero también se debe atender a otros factores como los de riesgo o los de protección.

Cuando se habla de factores de riesgo se está haciendo referencia a aquellas situaciones que favorecen que los menores se conviertan en víctimas de abuso sexual, o aquellos componentes que tenga los agresores que potencien la realización de tales actos (Finkelhor y Asdigian, 1996). Estos factores de riesgo afectan en las esferas del agresor/a, de la víctima, de la familia, o incluso de los factores socioeconómicos y socioculturales.

Por otro lado, se pueden considerar medios de afrontamiento o factores de protección aquellos esfuerzos que realizan los y las menores tanto a nivel cognitivo como conductual y que los manifiestan para poder controlar las exigencias externas o internas que son consideradas como desbordantes de los recursos que tenga la persona

(Lazarus y Folkman, 1986). Estos factores también van a depender de múltiples características que se mencionan a lo largo del trabajo.

Se debe tener en consideración que, en muchas situaciones, se puede llegar a evitar que estos sucesos ocurran, y se consigue a través de medidas de prevención, como la prevención primaria, secundaria o terciaria, las cuales son explicadas más profundamente.

Habitualmente sucede que estos casos no se hacen visibles, el silencio suele ser una de las particularidades tanto del o la menor como de su familia y que hacen que sea difícil de detectar, en el presente trabajo se recogen diferentes indicadores (físicos o comportamentales) que ayudan a su detección y también aquellos factores que la dificultan (Rozanski, 2003). Es importante que cuando los profesionales traten de detectar los sucesos de abuso sexual, aparte de prestar atención a las familias que puedan encontrarse en riesgo, deberán contemplar también aquellos factores de protección que guarden relación con los de riesgo, realizando una evaluación de forma individual e interdisciplinar (Horno, et al.,).

Finalmente se atiende al tratamiento psicológico del abuso sexual infantil. El tratamiento es muy importante que se lleve a cabo con víctimas que son menores o adolescentes para evitar que en la edad adulta presenten algún trastorno de estrés postraumático de manera crónica, síntomas de ansiedad o depresión, alteración de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria o incluso el abuso o exceso de alcohol o drogas.

En este trabajo, se destaca la terapia cognitivo conductual como tratamiento del abuso sexual infantil.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), es considerada como la aplicación clínica de la psicología, la cual se apoya en una serie de fundamentos y métodos que se ratifican de forma empírica (Plaud y Plaud, 2001).

Los objetivos principales de la terapia cognitiva-conductual con menores víctimas de abuso sexual son: proporcionar al menos una serie de habilidades para el control de la ansiedad, cambiar las ideas o pensamientos irracionales que puedan tener y reconvertir las creencias distorsionadas en relación al abuso (Berlinger y Wheeler, 1987).

## METODOLOGÍA.

Tras finalizar con la fundamentación teórica, se prosiguió con la parte empírica, en la cual se seleccionaron 5 estudios para realizar una revisión sistemática. El objetivo de esta revisión era analizar diferentes estudios sobre tratamientos psicológicos que se llevan a cabo con niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil con el fin de determinar:

- Si se encuentran mejoras en los trastornos o síntomas que padecen los y las menores.
- Si se observa algún tipo de deterioro en alguno de los trastornos o síntomas.
- Si realmente son eficaces las intervenciones o si las mejoras (en caso de que las hubiere) se deben a otros factores externos.
- Conocer si algún tipo de terapia es más eficaz que el resto.
- Conocer si se dan diferencias en el tratamiento según el sexo de las víctimas.

La búsqueda de los estudios seleccionados se llevó a cabo a través de la base de datos Psycinfo, la cual fue considerada la más apropiada teniendo en cuenta el campo de estudio.

Se realizaron cuatro búsquedas con las palabras clave en inglés: 1. "Sexual abuse + children + treatment"; 2. "Sexual abuse + children + programs"; 3. "Sexual abuse + children + therapy" y 4. "Sexual abuse + children + intervention".

En ellas se contemplaron diferentes criterios de inclusión como: que contasen con el texto completo; que se tratase de revistas académicas; que fueran publicados entre los años 1995 y 2021; idiomas de castellano e inglés; que los tratamientos fueran aplicados a menores de edad y que los estudios fuesen sobre un tratamiento psicológico dirigidos a menores que habían sufrido abusos sexuales. También se contemplaron criterios de exclusión como: que fueran sólo abstract o parte de artículos; que fueran libros, presentaciones, revisiones teóricas; que fueran publicados antes de 1995; que las referencias obtenidas no fuesen tratamientos sin llevar a cabo y que los tratamientos se hubiesen llevado a cabo con adultos víctimas de abuso sexual.

En estos estudios, se llevaron a cabo diferentes tratamientos psicológicos a menores víctimas de abuso sexual infantil. Todos se basan en la terapia cognitivo-conductual. Los instrumentos de medida empleados en todos los estudios seleccionados eran muy similares y dirigidos a evaluar y tratar trastornos y síntomas determinados. Sin embargo, el procedimiento empleado en cada uno de los estudios seleccionados fue distinto;

mientras que unos se llevaban a cabo a través de terapias individuales, otros se realizaron con terapias grupales o incluso combinando ambas.

Al tratarse de estudios con distintos procedimientos, se quiso observar si se daba algún cambio en los resultados y poder comprobar si alguno presentaba mayor nivel de eficacia frente al resto. Es importante tener en cuenta que, para realizar las intervenciones, en los estudios se recogieron datos pre y post tratamiento, para de esta forma poder contemplar con mayor precisión los cambios y mejoras que se han conseguido a través de cada uno.

## RESULTADOS.

Por lo general, en los estudios se encontraron fuertes reducciones de los síntomas de estrés postraumático. Estos resultados son muy importantes, ya que como se ha mencionado anteriormente, conseguir dar fin a los síntomas de trastorno por estrés postraumático desde edades tempranas va a ayudar a los y las menores a prevenir el desarrollo del mismo, pero de forma severa y a evitar posibles desórdenes secundarios. También se hallaron mejoras significativas en los síntomas depresivos, disociativos y en los déficits de regulación emocional. Otro hallazgo importante en los estudios es que se observaron reducciones en la presencia de comportamientos sexuales inapropiados, los cuales son el tipo de comportamientos más comunes que suelen presentar las víctimas de abuso sexual infantil.

Se observó una reducción del número de niños y niñas que mostraban comportamientos autolesivos y también un descenso en aquellos/as menores que mostraban comportamientos agresivos o violentos.

Al emplearse la terapia individual, el número de sesiones que se realizan pueden ser ajustadas a las necesidades de cada menor y su familia, además en este formato de terapia es más fácil atender a la gravedad de sus síntomas, ya que no suele ser la misma en todos los niños y niñas.

Lo positivo de la terapia en grupo es que al llevar a cabo el tratamiento en un entorno igual se puede proporcionar a las víctimas una visión de universalidad que les ayuda a interactuar con otros niños y niñas que han experimentado situaciones similares. También les ayuda a reducir los sentimientos de soledad o de incompreensión que en muchas ocasiones desarrollan estos/as menores o incluso a ampliar sus redes de apoyo

social y a diferencia de la terapia individual, la terapia en grupo puede ayudar a un mayor número de niños y niñas con los recursos disponibles.

También se empleó la combinación de ambas terapias en algunos de los estudios, en los cuales se comenzaba con la terapia en grupo para lograr que las víctimas se familiaricen a hablar con otros/as menores de su misma situación sobre el suceso y cuando eran capaces de abrirse, se continuaba con la terapia individual para las víctimas que lo requiriesen, ya que se darán casos en los que con la terapia de grupo era suficiente.

En esta revisión se ha observado que todos los tratamientos psicológicos dirigidos a menores que han sufrido abusos sexuales son eficaces y mejoran el estado de estos/as menores. Por lo tanto, se puede deducir que llevar a cabo estas intervenciones cognitivo-conductuales con menores de características similares será efectivo igualmente.

## DISCUSIÓN.

Los resultados de estos estudios son el reflejo de diversas aportaciones para el futuro, más concretamente para la ciencia psicológica. Esta revisión sistemática puede ayudar a conocer aquellos ámbitos en los que las intervenciones han mostrado una gran eficacia y buenos efectos sobre los/las menores abusados/as sexualmente. También pueden servir de motivación para que se realicen nuevas investigaciones y nuevos tratamientos, en los que se tengan más en cuenta variables como la edad o el sexo de los/las menores, cosa que no ha sucedido en los estudios obtenidos y que sería necesario para poder finalmente encontrar las diferencias o similitudes y poder obtener finalmente conclusiones más fiables.

Ateniendo a los objetivos planteados al inicio de la revisión, las conclusiones que se pueden extraer de los resultados obtenidos son:

- En todos los estudios se observaron mejoras significativas en los trastornos o síntomas del abuso sexual durante el tratamiento, tras finalizarlo y permanecieron en aquellos estudios es los que se hizo un seguimiento meses después de concluir el tratamiento.
- Además de los progresos, no se observó ningún tipo de deterioro durante las intervenciones ni tampoco tras finalizarlas. Por lo que, basándonos en estos

resultados, se puede concluir que no existe riesgo alguno a la hora de realizar las terapias.

- Los estudios muestran que las intervenciones han sido eficaces, además, uno de los estudios se ha centrado más concretamente en este asunto y ha revelado que las mejoras se deben a las terapias y no a la existencia de factores externos. Por lo tanto, se puede concluir que, sin estas intervenciones, los y las menores no habrían mejorado de forma tan exitosa.
- Aunque cada terapia, tanto individual como grupal, han mostrado ser productivas, no se han encontrado diferencias tan significativas en cuanto a la eficacia de sus resultados como lo señala el primer estudio, por lo que no se puede considerar que el empleo de una sea mejor que la otra. No obstante, cada una ha mostrado tener sus propias ventajas por lo que el empleo de una terapia que combine ambas formas será siempre la más preferible.
- Por último, se quería conocer si existían diferencias en los tratamientos atendiendo a la variable del sexo, sin embargo, no ha sido posible comprobarlo ya que la muestra en todos los estudios era mayoritariamente femenina, por lo que no se pudieron obtener datos concluyentes.

Estos hallazgos pueden servir de ayuda para sensibilizar sobre la necesidad y la importancia de intervenir y tratar a aquellos/as menores de abuso sexual infantil cuando lo precisen. También pueden ayudar para que los/as terapeutas o clínicos trabajen y se centren de forma más directa en aquellos trastornos o síntomas que sean más comunes en el abuso sexual infantil (considerando el gran número de trastornos que podrían llegar a manifestar las víctimas), de esta forma, se conseguirá agilizar los tratamientos o incluso optimizar el empleo de los recursos.

El presente trabajo tiene, no obstante, sus limitaciones, ya que además de contar con un pequeño número de estudios obtenidos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente al revisar los resultados uno a uno, se tuvieron que descartar la gran mayoría, obteniendo finalmente estos 5 estudios para poder llevar a cabo la revisión. Es un dato relevante que hay que tener en cuenta, ya que estos resultados pueden ser un reflejo de que se han llevado a cabo pocos tratamientos de abuso sexual infantil con menores o adolescentes, teniendo en cuenta que el número de intervenciones que se realizan con adultos que habían sufrido abusos sexuales en la infancia es mayor.

Por lo tanto, sería interesante que se realizaran más estudios con víctimas de abuso sexual y que la muestra fuese en gran medida masculina o, en caso de realizarla con ambos sexos, que la división fuese equitativa, para así poder obtener más información sobre cómo influyen los tratamientos en niños o adolescentes, comprobar si se da alguna diferencia o si necesitan otro modelo de terapia para lograr su efectividad.

De tal forma, se podrán evitar aquellas esferas de intervención que no proporcionen mejoras significativas e incorporar otras nuevas reflejen grandes mejorías, además de conseguir optimizar ciertos recursos como por ejemplo el tiempo.

El tratamiento comienza en terapia, pero continúa en casa. Es fundamental que los/las padres/madres sean también quienes lleven a cabo el seguimiento de sus hijos e hijas, es importante que sean informados y sobre todo educados en conocimientos de abuso sexual infantil para de esta forma saber cómo deben actuar en cada momento con el/la menor en casa. Para que la terapia mantenga sus buenos resultados a largo plazo, se debe continuar trabajando en casa incluso meses o años después de finalizar el tratamiento.

Para concluir, se debe resaltar que la terapia cognitivo-conductual ha evidenciado ser efectiva en las muestras recogidas por estudios seleccionados. Asimismo, las mejorías que se han producido han sido en ámbitos personales muy importantes de los menores (trauma, problemas de conducta, control emociones, aumento de habilidades sociales, etc.), por lo que continuar empleando este tipo de tratamiento psicológico puede ser un acierto.

Sin embargo, como ya se ha comentado, si se quieren aplicar a menores con particularidades distintas a los seleccionados en los estudios (como menores de 13 años o del sexo masculino) se deberán hacer los estudios cautelosamente, para comprobar si en estos nuevos grupos de víctimas resulta necesario realizar una readaptación de la terapia.

Aquí sólo se ha podido contemplar la terapia cognitivo-conductual, por lo que esta revisión puede servir de motivación para nuevas investigaciones donde se apliquen terapias distintas con el fin de obtener mayores conocimientos sobre el tratamiento psicológico abuso sexual infantil.

## REFERENCIAS

- Alarcón, A. (2009). Agresores sexuales: características, evaluación y tratamiento. En Ruiz, J, I., Rodríguez, S, y Meluk, E. (Eds.), *Estado del arte en psicología: aportes desde la psicología jurídica y clínica al contexto penitenciario* (pp. 242- 262). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia e Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.
- Amato, M. I. (2004). *La pericia psicológica en violencia familiar*. Criminalistas.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Massen.
- Arruabarrena, M. I. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: Definición y Valoración de su gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 25-44. <https://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n1a3>
- Arruabarrena, M. I., De Paúl, J., y Torres, B. (1996). *El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- Arruabarrena, M. I., y De Paúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Baca, E., Cabanas, M. L., Baca-García, E. (2002). Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y largo plazo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 85-90.
- Bagley, C., y Ramsay, R. (1986). Sexual abuse in childhood: Psychosocial outcomes and implications for social work practice. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 4(1-2), 33-47.
- Baker, A. J., y Festinger, T. (2011). Adult recall of childhood psychological maltreatment: A comparison of five cales. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(1), 69-88.
- Barlow, D., y Craske, M.G. (1989). *Mastery of your Anxiety and Panic*. Graywind Publications.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: prevención y reparación*. Santiago de Chile: Galdoc.

- Bendixen, M., Muus, K. M., y Schei, B. (1994). The impact of child sexual abuse. A study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse and Neglect*, 18(10), 837-847.
- Bentovim, A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 661-678.
- Berlinger, L., y Wheeler, J. R. (1987). Treating the effects of sexual abuse on children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 415-434.
- Braun, S. (2002). *La violencia infantil intrafamiliar. Del silencio a la revelación del secreto*. Brasil: Editorial Age.
- Briere, J., y Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Bunting, L. (2008). Sexual offences against children: An exploration of attrition in the Northern Ireland criminal justice system. *Child Abuse & Neglect*, 32(2), 1109- 1118.
- Campos, M. S., Parada, T., Moraga, C., y Moreno, G. (2008). *Informe final "Intervenciones en el ámbito de la prevención secundaria y terciaria: detección y tratamiento del abuso sexual en niños y niñas, revisión sistemática de la literatura"*. Medwave.
- Cantera, L. (2002). Maltrato Infantil y Violencia Familiar de la Ocultación a la Prevención. *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en el Salvador. PNUD*, 32.
- Cantón, D. (2014) Prevalencia y características de los abusos sexuales a niños. *Archivos de criminología, criminalística y seguridad privada*, 2, 1-7.
- Casado, J., Díaz J. A., y Martínez, C. (1997). *Niños maltratados*. Ediciones Díaz de Santos.
- Cerezo, M. A. (1992). *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Generalitat Valenciana. Conselleria de Treball i Afers Socials.
- Chen, J. Q., Dunne, M. P. y Han, P. (2006). Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 544-549.

- Conte, J. R., y Fogarty, L. A. (1990). Sexual abuse prevention programs for children. *Educational and Urban Society*, 22(3), 270-284.
- Corbalán, M. E., Espinosa, M., y Martínez, J. (1993). Terapia de grupo para niños maltratados. *Trabajo presentado en encuentro internacional de Psiquiatría de Lactantes, Niños y Adolescentes*, realizado en Punta del Este, Uruguay.
- Coren, E., Thomae, M., Hutchfield, J., y Iredale, W. (2013). Report on the Implementation and Results of an Outcomes-focused Evaluation of Child Sexual Abuse Interventions in the UK. *Child Abuse Review*, 22(1), 44-59.
- Corsi, J. (1994). Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. *Editorial Paidós*, SA Argentina.
- Cortés, M. R. y Cantón, J. D. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil. Causas, Consecuencias e Intervención*. Madrid: Siglo XXI.
- Cots i Moner, J. (1993). La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño. *En II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada*. Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- De Luca, R. V., Boyes, D. A., Grayston, A. D., y Romano, E. (1995). Sexual abuse: effects of group therapy on pre-adolescent girls. *Child Abuse Review*, 4(4), 263-277.
- De Paúl, J. (1988). *Maltrato y abandono infantil: identificación de factores de riesgo*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen-Zerbitzu. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Deblinger, E., McLeer, S. S., y Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 747-752.
- Del Campo, A., y López, F. (1997). *Prevención de abusos sexuales a menores*. Unidad Didáctica para Educación Secundaria. Amarú Ediciones.
- deRoon-Cassini, T. A, Mancini, A. D., Rusch, M. D., y Bonnano, G. A. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: a latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation Psychology* 55(1), 1-11.

- Díaz J.A., Casado, J., García, E., Ruiz, M. A., y Esteban, J. (2004). *Atención al niño en situación de riesgo biopsicosocial desde el ámbito sanitario*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.
- Dubowitz, H., Black, M., Harrington, D., y Verschoore, A. (1993). A follow-up study of behavior problems associated with child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 743-754.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (2006). Asistencia psicológica postraumática. En Echeburúa, E., de Corral, P., y Amor, P. J. (Eds.), *Manual de victimología* (pp. 285-306). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E., y de Corral, P. (2006). Especial consideración de algunos ámbitos de victimación. Agresiones sexuales contra mujeres. *Manual de victimología*, 149-163. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores: un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. *Violencia contra los niños*, 3, 86-112.
- Edinburgh, L., Saewyc, E., y Levitt, C. (2008). Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1119-1126.
- Fanslow, J. L., Robinson E. M., Crengle, S. y Perese, L. (2007). Prevalence of child sexual abuse reported by a cross-sectional sample of New Zealand women. *Child Abuse & Neglect*, 31(9), 935-945.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., y Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32(6), 607-619.
- Fernández, J. R. C., Fernández, M. E. C., y Rosales, L. C. (2000). Malos tratos infantiles. *Canarias pediátrica*, 24(1), 47-46.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 17(1), 67-70.

- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18 (5), 409-417.
- Finkelhor, D. y Asdigian, N. L. (1996). Risk factors for youth victimization: Beyond a lifestyles theoretical approach. *Violence and Victims*, 11, 3-20.
- Finkelhor, D., y Ormrod, R. (2001). Homicides of children and youth. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Bulletin, U.S Department of Justice*.
- Finkelhor, D., y Redfield, D. (1984). How the public defines sexual abuse. En Finkelhor, D. (Ed.), *Child sexual abuse: New theory and research* (pp. 107-133) New York: Free Press.
- Flitter, J. M. K., Elhai, J. D., y Gold, S. N. (2003). MMPI-2 F scale elevations in adult victims of child sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 16(3), 269- 274.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Koverola, C., Hewitt, S., Damon, L., Lang, R., y Wolfe, V. V. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessment*, 4 (3), 303-311.
- Gallagher, B., Bradford, M. y Pease, K. (2008). Attempted and completed incidents of stranger-perpetrated child sexual abuse and abduction. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 517-528.
- Garbarino, J., Guttman, E., y Seeley, J. W. (1986). *The psychologically battered child*. San Francisco: Joseey-Bass.
- Gordon, I., Shapiro H. A., y Berson S. D. (1988). Caffey's Syndrome or "The Battered Child Syndrome". En Gordon, I. (Ed.), New York: *Forensic Medicine. A guide to principles* (pp. 389-398). Edinburg London Melbourne
- Helfer, R. E., y Kempe, R. S. (1987). *The Battered Child*. The University of Chicago Press.
- Herrera, A. (2004). *Policía de Investigaciones de Chile. Lecciones y Retos*. Ediciones Policía de Chile.
- Horno, P., Santos, A., y Molino, C. (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Madrid: Save The Children España. Recuperado de: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual\\_abuso\\_sexual.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf)

Ibaceta, F. (2007). Agresión sexual en la infancia y viaje al futuro: clínica y psicoterapia en la edad adulta. *Terapia Psicológica*, 25, 189-198.

Inglés, A., y Angulo, I. (1991). Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi Global i balanç de la seva situació actual. Barcelona: Generalitat de Catalunya. *Departament de Benestar Social. Direcció General d'Atenció a la Infància*.

Intebi, I. (2011). *Abuso sexual. En las mejores familias*. Buenos Aires: Editorial Granica.

Intebi, I. y Arruabarrena, I. (2006). La orientación familiar en situaciones especiales: violencia familiar-Maltrato y abandono infantil. En *Mediación y Orientación familiar. Área de Orientación*. Ed. Dykinson.

James, R.K. (2008). *Crisis intervention strategies* (6th edition). Thomson Brooks/Cole.

Kempe, C. H. (1978). Sexual abuse, another hidden pediatric problem, the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*, 62 (3), 382-289.

Kendall- Tackett, K. A.; Williams, L. M., y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, pp. 164-180.

Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959.

Knight, B. (1997). The Battered Child. En Tedeshi GC, Eckert WG, Tedeshi GL (Eds.), *Philadelphia: Forensic Medicine* (pp. 500-509). IWB Saunders Co.

Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1-2), 53-63.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lipovsky, J. A. (1992). Assessment and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Child Survivors of Sexual Assault. En D. W. Foy (Eds.), New York: *Treating PTSD: Cognitive-behavioural Strategies*. (pp. 127-164). Guilford Press.

- Littleton, H. (2007). An evaluation of the coping patterns of rape victims: Integration with a schema-based information-processing model. *Violence Against Women, 13*(8), 789-801.
- López, F. (1989). Los abusos sexuales a menores. *Cuadernos de Medicina Psicosomática, 10*, 7- 15.
- López, F. (1994). *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, F. (2000). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M.J., y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse & Neglect, 19*(9), 1039-1050.
- López, F., Hernández, A., y Carpintero, E. (1995). Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y Aprendizaje, 18*(71), 77-98.
- Madansky, D. (1996). Abusos sexuales, en S. Parkery B. Zuckerman (eds.), *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 647-657.
- Martínez, A., y De Paúl, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mas, B. (1995). Trastorno de estrés postraumático: el abuso sexual infantil y su tratamiento. En J. M. Buceta, A. M. Bueno, B. Mas. (Eds.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Dykinson.
- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R., y Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from posttraumatic stress disorder after childhood sexual or physical abuse: A pilot study. *Clinical Child and Family Psychology Review, 17*(2), 173-190.
- McCranra, D., Lalor, K. y Katabaro, J. K. (2006). Childhood sexual abuse among university students in Tanzania. *Child Abuse & Neglect, 30*, 1343-1351.

McLean, L. M., y Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369-371.

Mezquita, B. V., (1995). *Agresión sexual: Evaluación y tratamiento en menores*. Siglo XXI de España Editores, SA.

Misurell, J., Springer, C., Acosta, L., Liotta, L., y Kranzler, A. (2014). Game-based cognitive-behavioral therapy individual model (GB-CBT-IM) for child sexual abuse: A preliminary outcome study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(3), 250-258.

Murphy, S. M., Kilpatrick, D. G., Amick-McMullan, A., Veronen, L. J., Paduhovich, J., Best, C. L., ... y Saunders, B. E. (1988). Current psychological functioning of child sexual assault survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 3(1), 55-79.

Nolan, M., Carr, A., Fitzpatrick, C., O'Flaherty, A., Keary, K., Turner, R., ... y Tobin, G. (2002). A comparison of two programmes for victims of child sexual abuse: A treatment outcome study. *Child Abuse Review*, 11(2), 103-123.

Oaksford, K. L., y Frude, N. (2001). The prevalence and nature of child sexual abuse: evidence from a female university sample in the UK. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 10(1), 49-59.

Ollendick, T. H., y Cerny, J. (1981). *Clinical Behaviour therapy with children*. New York: Plenum.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361\\_spa.pdf;jsessionid=769C36904053D3FC8A2533F8AE7D3662?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf;jsessionid=769C36904053D3FC8A2533F8AE7D3662?sequence=1)

Pereda, N. (2006). *Malestar Psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=3833>

Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., y Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 131-139.

- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 331-342.
- Pereda, N., y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426.
- Pérez, M. y Borrás, J. J. (1996). *Sexo a la fuerza*. Madrid: Aguilar.
- Perrone, R. y Nannini, M. (2010) *Violencia y abusos sexuales en la infancia: Una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Buenos Aires: Paidós.
- Plaud, Joseph J, Debora. M. Plaud. (2001). Clinical Behavior Therapy and the experimental analysis of behavior. *Journal Of Clinical Psychology*, 54(7).
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Quinteros, A., y Conde, I. (2011). *Técnicas para la detección y evaluación de abusos sexuales en menores*. Asociación ASPACIA.
- Rowan, A. B., Foy, D. W., Rodríguez, N., y Ryan, S. (1994). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse and Neglect*, 18(1), 51-61.
- Rozanski, C. A. (2003). *Abuso sexual infantil ¿denunciar o silenciar?*. Argentina: Ediciones B Argentina SA.
- Sánchez, F. L. (2000). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.
- Sánchez, L. (2003). A view about scientific and lay knowledge from four knowledge construction approaches. *Anales de Psicología*, 19(1), 1-14.
- Santina, C., y Aguilar, M. M. (2002). Estrategias de prevención en abuso sexual infantil. *Población y Desarrollo*, 13(23), 51-64.
- Simón, C., López, J. L., y Linaza, J. L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Universidad Pontificia de Comillas.

- Slusser, M. M. (1995). Manifestations of sexual abuse in preschool-aged children. *Issues in Mental Health Nursing*, 16(5), 481-491.
- Soria, M. A. (2002). La evaluación de la victimización criminal. En Soria, M. A. (Ed.), *Barcelona: Manual de psicología penal forense* (pp. 623-654). Madrid: Atelier.
- Spaccarelli, S., y Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1171-1182.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., y Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 821-831.
- UNICEF. (2006). *Convención de Naciones Unidas sobre los derechos del Niño*. Madrid: Nuevo Siglo.
- UNICEF. (2011). *Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años Víctimas de Abuso Sexual*. Ministerio de Salud de Chile.
- Vázquez, B. (1995): *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Siglo XXI.
- Vázquez, B., y Calle, M. (1997). Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados. *Revista de Psiquiatría forense, Psicología forense y Criminología*, 1, 14-29.
- Velázquez, M., Delgadillo, D. G., y González, L. (2013). Abuso sexual infantil, técnicas básicas para su atención. *Reflexiones*, 92(1), 131-139.
- Verde, M. A. S. (2005). Psicología de la victimización criminal. En Soria, M. A. (Ed.), *Madrid: Manual de psicología jurídica e investigación criminal* (pp. 149-166). Pirámide.
- Walker, C. E., Bonner, B.L., y Kaufman, K.L. (1988). *The physically and sexually abused child: Evaluation and treatment*. Londres, GB: Pergamon Press.
- Wolfe, V. V., y Birt, J. (1997). Child sexual abuse. En Mash, E. J., y Terdal, L. G. (Eds.), *Nueva York: Assessment of childhood disorders* (pp. 569-623). The Guilford Press.
- Wurtele, S. K., y Miller-Perrin, C. L. (1992) *Preventing child sexual abuse: Sharing the responsibility*. University of Nebraska Press.

Zorrilla, J. A. (2007). *Más allá de la psicoterapia: la psicología del nuevo humanismo*.  
Lima: León Alado.