

fundación

ASMOZ

formación on-line

Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

El abuso sexual en la infancia

Profesora: © Cristina Guerricaechevarria Estanga



ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Características descriptivas.....	4
2.1. Tipos de abusos.....	4
2.2. Detección del abuso sexual.....	5
3. Consecuencias psicopatológicas del abuso.....	5
3.1. Consecuencias a corto plazo del abuso sexual.....	5
3.2. Consecuencias a largo plazo del abuso sexual.....	7
4. Factores mediadores de los efectos del abuso sexual infantil.....	8
5. Tratamiento de las víctimas de abuso sexual.....	9
5.1. Fases del tratamiento.....	11
5.2. Contenido del tratamiento.....	13
6. Intervención con la familia.....	18
6.1. Pautas urgentes para el afrontamiento del abuso.....	18
6.2. Asesoramiento psicoeducativo.....	19
6.3. Intervención terapéutica.....	19
Referencias bibliográficas.....	22

1. INTRODUCCIÓN

El abuso sexual de menores se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas cuando al menos una de ellas es menor. Más que la diferencia de edad -factor, sin duda, fundamental que distorsiona toda posibilidad de relación libremente consentida-, lo que define el abuso es la asimetría entre los implicados en la relación y la presencia de algún tipo de coacción -explícita o implícita- (Garrido, Stangenland y Redondo, 2001; Sosa y Capafóns, 1996).

Las conductas abusivas pueden incluir un contacto físico (genital, anal o bucal) o suponer una utilización del menor como objeto de estimulación sexual del agresor (exhibicionismo, proyección de películas pornográficas o *voyeurismo*) o incluso de terceras personas, como cuando se utiliza a un niño para la producción de pornografía (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

No es fácil determinar la incidencia real de este problema en la población porque ocurre habitualmente en un entorno privado -la familia- y los menores pueden sentirse impotentes para revelar el abuso (Noguerol, 1997). Según la primera encuesta nacional de Estados Unidos, llevada a cabo en adultos, sobre la historia de abuso sexual-, un 27% de las mujeres y un 16% de los hombres reconocían retrospectivamente haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia (Finkelhor, 1999). En España la frecuencia de los abusos, al menos en un sentido muy amplio del término, puede afectar al 20% de la población (23% de chicas y 15% de chicos). La tasa de prevalencia de abusos sexuales graves propiamente dichos, con implicaciones clínicas para los menores afectados, es considerablemente menor (en torno al 4%-8% de la población). Al margen de esta tasa de prevalencia -ya de por sí muy alta-, en el 44% de los casos el abuso no se ha limitado a un acto aislado. Por otro lado, aproximadamente el 15% de todos los casos confirmados de maltrato infantil son de abuso sexual (López, 1997).

Las víctimas suelen ser más frecuentemente mujeres (58,9%) que hombres (40,1%) y situarse en una franja de edad entre los 6 y 12 años, si bien con una mayor proximidad a la pubertad. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto), con una edad de inicio anterior (7-8 años), y un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar (pederastia), con una edad de inicio posterior (11-12 años) (Vázquez Mezquita, 1995). Los agresores son generalmente varones de mediana edad y con frecuencia familiares o conocidos del niño (Madansky, 1996; Noguerol, 2005)).

No hay una correspondencia directa entre el concepto psicológico y el jurídico de abuso sexual. El concepto psicológico -y hasta coloquial- de abuso sexual se refiere al ámbito de menores. Sin embargo, en el nuevo Código Penal de 1995 esta figura delictiva se refiere a aquellos actos no consentidos que, sin violencia ni intimidación, atenten contra la libertad sexual de una persona, sea ésta mayor o menor (arts. 181-183).

2. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS

2.1. Tipos de abusos

En cuanto al agresor, hay dos variantes principales. En la primera el abuso sexual infantil puede ser cometido por *familiares* (padres, hermanos mayores, etc.) -es el incesto propiamente dicho- o por *personas relacionadas* con la víctima (profesores, entrenadores, monitores, etc.). En uno y otro caso, que abarcan del 65% al 85% del total y que son las situaciones más duraderas, no suelen darse conductas violentas asociadas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

La situación habitual incestuosa suele ser la siguiente: un comienzo con caricias; un paso posterior a la masturbación y al contacto buco-genital; y, sólo en algunos casos, una evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío (cuando la niña alcanza la pubertad).

Los contactos padre (padrastra)-hija son los más denunciados y, además, son los más traumáticos por lo que suponen de disolución de los vínculos familiares más básicos. El incesto restante puede implicar a hermanos, tíos, hermanastros, abuelos y novios que viven en el mismo hogar. Sin embargo, el incesto madre-hijo es mucho menos frecuente y se limita a aquellos casos en que la madre carece de una relación de pareja, presenta una adicción al alcohol o a las drogas y cuenta con un historial de abusos sexuales en la infancia (*cf.* Vázquez Mezquita, 2004).

Y en la segunda variante los agresores son *desconocidos*. Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o a amenazas de ellas. No obstante, la violencia es menos frecuente que en el caso de las relaciones no consentidas entre adultos. Al margen de ciertas características psicopatológicas en los agresores (por ejemplo, el sadismo sexual), lo que suele generar violencia es la resistencia física de la víctima y la posible identificación del agresor. Sin embargo, los niños no ofrecen resistencia habitualmente y tienen dificultades -tanto mayores cuanto más pequeños son- para identificar a los agresores.

Por lo que se refiere al acto abusivo, éste puede ser *sin contacto físico* (exhibicionismo, masturbación delante del niño, observación del niño desnudo, relato de historias sexuales, proyección de imágenes o películas pornográficas, etc.) o *con contacto físico* (tocamientos, masturbación, contactos bucogenitales o penetración anal o vaginal). El coito es mucho menos frecuente que el resto de actos abusivos. La penetración, cuando tiene lugar en niños muy pequeños, suele resultar traumática por la desproporción anatómica de los genitales del adulto y del menor y producir lesiones en los genitales o en el ano de la víctima: erosiones, heridas, desgarros himenales, etc.

2.2. Detección del abuso sexual

Las conductas incestuosas tienden a mantenerse en secreto. Sólo un 2% de los casos de abuso sexual familiar se conocen al tiempo en que ocurren. Existen diferentes factores que pueden explicar los motivos de esta ocultación: por parte de *la víctima*, el hecho de obtener ciertas ventajas adicionales (regalos, más paga, etc.) o el temor a no ser creída o a ser acusada de seducción, junto con el miedo a destrozar la familia o a las represalias del agresor; y por parte del *abusador*, la pérdida de una actividad sexual que resulta ya adictiva, así como la posible ruptura de la pareja y de la familia y el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales.

A veces la *madre* tiene conocimiento de lo sucedido. Lo que le puede llevar al silencio, en algunos casos, es el pánico a la pareja o el miedo a perderla o a desestructurar la familia; en otros, el estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola la familia.

De ahí que el abuso sexual pueda salir a la luz de una forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido -a veces a otros niños o a un profesor- o cuando se descubre una conducta sexual casualmente por un familiar, vecino o amigo. El descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después (meses o años) de los primeros incidentes .

En realidad, sólo en el 50% de los casos los niños revelan el abuso; únicamente el 15% se denuncia a las autoridades; y tan sólo el 5% se encuentran envueltos en procesos judiciales.

3. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL ABUSO

La mayoría de los menores que han sufrido un abuso sexual se muestran afectados por la experiencia y su malestar puede continuar en la edad adulta si no reciben un tratamiento psicológico adecuado o un apoyo familiar y social adecuado. El límite temporal entre lo que se denomina *efectos a corto plazo* o *iniciales* se suele situar en los dos años siguientes al abuso. A partir de ese momento, se habla de *efectos a largo plazo* (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Milner y Crouch, 2004).

3.1. Consecuencias a corto plazo del abuso sexual

Solamente un 20-30% de las víctimas permanecen estables emocionalmente después de la agresión. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización y de la victimización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-

depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos.

Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpabilidad y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas e incluso intentos de suicidio.

Un resumen de los síntomas más frecuentemente experimentados aparece recogido en la *tabla 2*. En ella se señalan las secuelas más comunes, así como el período evolutivo (infancia o adolescencia) en que aparecen.

Tabla 2. Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998)

Tipos de efectos	Síntomas	Período evolutivo
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de sueño (pesadillas) - Cambios en los hábitos de comida - Pérdida del control de esfínteres 	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia infancia
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de drogas o alcohol - Huidas del hogar - Conductas autolesivas o suicidas - Hiperactividad - Bajo rendimiento académico 	adolescencia adolescencia adolescencia infancia infancia y adolescencia
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Miedo generalizado - Hostilidad y agresividad - Culpa y vergüenza - Depresión - Ansiedad - Baja autoestima y sentimientos de estigmatización - Rechazo del propio cuerpo - Desconfianza y rencor hacia los adultos - Trastorno de estrés postraumático 	infancia infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia y adolescencia
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad - Masturbación compulsiva - Excesiva curiosidad sexual - Conductas exhibicionistas - Problemas de identidad sexual 	Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia Infancia y adolescencia infancia adolescencia
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit en habilidades sociales - Retraimiento social - Conductas antisociales 	infancia infancia y adolescencia adolescencia

3.2. Consecuencias a largo plazo del abuso sexual

Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes y claros que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. En la *tabla 4* se presenta un resumen de los principales efectos negativos que pueden aparecer en la vida adulta de las personas que padecieron abusos sexuales en la infancia o en la adolescencia.

Tabla 3. Principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998)

Tipos de secuelas	Síntomas
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores crónicos generales - Hipocondría y trastornos de somatización - Alteraciones del sueño (pesadillas) - Problemas gastrointestinales - Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Intentos de suicidio - Consumo de drogas y/o alcohol - Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple)
Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad - Baja autoestima - Estrés postraumático - Trastornos de personalidad - Desconfianza y miedo de los hombres - Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad
Sexuales	<ul style="list-style-type: none"> - Fobias o aversiones sexuales - Falta de satisfacción sexual - Alteraciones en la motivación sexual - Trastornos de la activación sexual y del orgasmo - Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas en las relaciones interpersonales - Aislamiento - Dificultades en la educación de los hijos

La información actualmente disponible no permite señalar la existencia de un único síndrome específico ligado a la experiencia de abusos sexuales en la infancia y adolescencia. Los únicos fenómenos observados con mayor regularidad son las alteraciones en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el conjunto de síntomas característicos del trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas).

En otros casos, sin embargo, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual

grave con penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, etc. Es más, los problemas de una víctima en la vida adulta (depresión, ansiedad, abuso de alcohol, etc.) surgen en un contexto de vulnerabilidad generado por el abuso sexual en la infancia, pero provocados directamente por circunstancias próximas en el tiempo (conflictos de pareja, aislamiento social, problemas en el trabajo, etc.).

Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la existencia de sucesos traumáticos diversos, la duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos y la vinculación familiar con el agresor (Finkelhor, 1999).

Un menor puede no percatarse del alcance psicológico del abuso sexual hasta años después de ocurrido, por ejemplo cuando llega a la adolescencia y se siente bloqueado al tener relaciones con personas de sexo opuesto. Por ello, a efectos de facilitar la denuncia del abusador, el plazo de prescripción del delito comienza a contar a partir de la mayoría de edad de la víctima (art. 132.1 del CP).

4. FACTORES MEDIADORES DE LOS EFECTOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni todas las experiencias comparten las mismas características. Conviene, por ello, determinar qué factores resultan amortiguadores del impacto del abuso sexual en el desarrollo emocional posterior y contribuyen a metabolizarlo (Besten, 1997; Glaser y Frosh, 1998).

La *edad* de la víctima es un factor importante en el impacto psicológico del abuso sexual. Cuanto más joven es el menor, más vulnerable resulta frente a la experiencia de abusos, pero, al mismo tiempo, es menos consciente del significado emocional de la agresión, lo que supone un cierto grado de protección respecto a las consecuencias psicopatológicas posteriores. Por otra parte, una mayor edad aumenta la probabilidad de que se lleve a cabo la penetración y de que se emplee la violencia física, ya que existe una mayor capacidad de resistencia, lo que supone un agravamiento del impacto psicológico.

En cuanto al *tipo de conducta abusiva*, la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de la fuerza y de amenazas o de la existencia de una violación propiamente dicha. De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas.

Respecto a la *relación de la víctima con el agresor*, el impacto será mayor si la víctima tiene una vinculación emocional estrecha con el agresor, bien por relación de parentesco (padre, padrastro, abuelo, hermano mayor, etc.), bien por relación de familiaridad (profesor, vecino, entrenador, etc.). Las repercusiones negativas se pueden agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia o se ve obligada a abandonar el hogar.

Por último, no se puede soslayar la importancia de las *consecuencias derivadas de la revelación del abuso* en el tipo e intensidad de los síntomas experimentados. El apoyo parental -dar crédito al testimonio del menor y protegerlo-, especialmente de la madre, es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación. Probablemente la sensación de ser creídos es uno de los mejores mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual.

Por el contrario, una inadecuada respuesta del entorno del menor, en función del impacto provocado por el descubrimiento del abuso, ensombrece el proceso de recuperación. En ocasiones, la respuesta de los padres ante la revelación puede ser más intensa que la del propio niño, sobre todo en los casos en que la madre se percata del abuso sexual a su hijo protagonizado por su propia pareja. Los sentimientos de vergüenza y culpa, de cólera y pena, de miedo y ansiedad, pueden afectar a los padres de tal manera que se muestran incapaces de proteger al menor adecuadamente y, en los casos más graves, pueden llegar incluso a culparlo de lo sucedido.

No deja de ser significativa la influencia de situaciones de estrés adicionales, como consecuencia de la revelación del abuso, sobre la estabilidad emocional de la víctima. En concreto, la posible ruptura (legal o de hecho) de la pareja, la desestabilización familiar y la implicación en un proceso judicial (con las posibles consecuencias penales para el abusador y, en cierto modo, para toda la familia) son algunas de estas situaciones. Respecto al último punto señalado, los juicios prolongados en el tiempo, las testificaciones reiteradas y los testimonios puestos en entredicho suponen una victimización secundaria y ofrecen un peor pronóstico.

5. TRATAMIENTO DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

El abuso sexual sufrido en la infancia conlleva, en general, consecuencias a corto plazo devastadoras para el funcionamiento psicológico de la víctima, especialmente cuando el agresor es un miembro de la misma familia. A largo plazo sus efectos son más inciertos, si bien parece existir una cierta correlación entre la agresión sufrida en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o comportamentales en la vida adulta. Por ello, son muchas las víctimas que requieren un tratamiento psicológico para superar las consecuencias derivadas de la experiencia traumática.

No obstante, la intervención terapéutica con las víctimas no es siempre necesaria ni conveniente. No todos los menores afectados manifiestan síntomas psicopatológicos y, por tanto, no todos ellos requieren tratamiento. Incluso la terapia puede implicar, al menos en algunos casos, una segunda victimización. En ocasiones, la edad temprana de la víctima, sus características individuales, el apoyo familiar o social existentes, etc., protegen al niño del impacto negativo del suceso. Por ello, es imprescindible una adecuada valoración de la existencia de secuelas derivadas de la experiencia abusiva y de su repercusión en la vida cotidiana antes de plantearse la necesidad de la intervención con la víctima. Una supervisión o seguimiento cercano de la evolución del niño, junto con la posibilidad de asesorar a los familiares para proporcionarle el ambiente adecuado y de tratar al abusador, pueden ser suficientes, en algunos casos, para garantizar el bienestar del menor.

En cualquier caso, la intervención con este tipo de víctimas debe tener como objetivo prioritario garantizar la seguridad del menor y evitar la ocurrencia de nuevos sucesos (Brenner, 1987). En este sentido, es necesario actuar tanto con la víctima y sus cuidadores como con el agresor. El cuidador debe garantizar la protección futura del niño, y el ofensor comprometerse a no volver a cometer el abuso y si es posible, a ponerse en tratamiento); en caso contrario, se deben tomar las medidas legales que lo garanticen. Asimismo, es necesario asegurarse de la capacidad de la víctima para informar de manera inmediata de posibles episodios ulteriores de abuso. Si esto no es así, la intervención debe ir orientada a dotar al niño de las estrategias adecuadas para evitar posibles situaciones de agresión y, en todo caso, de las habilidades necesarias para informar de su ocurrencia.

Aunque el descubrimiento de una situación de abuso sexual infantil requiere, en cualquier caso, una rápida intervención, determinadas características del entorno del menor deberían conllevar por parte de las autoridades pertinentes una actuación inmediata (en el mismo día, si es posible).

Por otro lado, cuando la presencia acentuada de síntomas que interfieren negativamente en la vida cotidiana del niño hace aconsejable la terapia -que siempre debe ser lo más breve posible-, es importante secuenciarla en distintas fases y precisar las técnicas terapéuticas utilizadas, así como los contenidos psicológicos específicos que van a ser objeto de intervención.

Fases y técnicas del proceso de intervención

- Fase educativa

 - Fase terapéutica
 - Desahogo emocional
 - Reevaluación cognitiva
 - Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad
 - Autoexposición gradual y *en vivo*
 - Entrenamiento en relajación
 - Entrenamiento en control de la ira
 - Programación de actividades
-
-

5.1. Fases del tratamiento

a) Fase educativa

En relación con la prevención de futuros nuevos sucesos, el proceso de tratamiento de las secuelas del abuso debe incluir, en primer lugar, una fase educativa. Se trata de una actuación puramente pedagógica a través de la cual el niño debe *comprender* tanto su propia sexualidad como la del adulto de una forma eficaz, objetiva y adaptada a su nivel de edad.

Asimismo es fundamental enseñar al menor a distinguir cuándo el acercamiento de un adulto posee intencionalidad sexual -y no es una mera muestra de cariño- y a identificar determinadas situaciones peligrosas asociadas a la agresión (estar sola en la habitación, recibir peticiones insistentes para ayudarla a bañarse o a vestirse, etc.), así como a poner en práctica las estrategias adecuadas para evitarlas (decir no, pedir ayuda inmediatamente, contarle, etc.) (Vázquez Mezquita, 1995).

Se trata, en definitiva, de que los niños comprendan *qué* son los abusos sexuales, *quiénes* son los que potencialmente pueden cometerlos (no exclusivamente los desconocidos) y *cómo actuar* cuando alguien pretende abusar de ellos. Es importante que entiendan que, aunque ellos no son culpables de lo sucedido y la responsabilidad recae enteramente sobre el agresor, disponen de estrategias eficaces para evitar su nueva ocurrencia. Esto, además de garantizar la seguridad del niño en el futuro, proporciona al menor una sensación de control y elimina el sentimiento de indefensión e impotencia que pueden haber desarrollado durante la experiencia abusiva.

b) Fase terapéutica

El segundo objetivo -más propiamente terapéutico- debe centrarse en que el niño describa su experiencia de abuso y los sentimientos derivados de ésta. Se trata de romper el secreto y el sentimiento de aislamiento que lo acompaña. En ocasiones, el recuerdo de la experiencia tiene como finalidad eliminar estrategias de afrontamiento inadecuadas que el menor ha puesto en marcha ante la imposibilidad de asimilar lo sucedido.

En concreto, los niños tienden a utilizar la *disociación* o la *negación* de la experiencia como mecanismos inapropiados de superación. Uno y otro protegen a la víctima de un trauma que no puede ser procesado adecuadamente en la conciencia. Mediante la *disociación*, las emociones se separan de la cognición de lo ocurrido: el niño no niega la agresión, pero se muestra incapaz de sentir malestar o, en todo caso, lo atribuye a una causa distinta. Si el abuso es crónico, esto puede generalizarse a otras situaciones e interferir de forma progresiva en la evolución normal del menor (Vázquez Mezquita, 1995).

En otras ocasiones, sin embargo, la víctima niega incluso la existencia de lo sucedido (*negación total*) o rebaja su importancia o severidad (*negación parcial*). Esta respuesta se encuentra claramente influida por la reacción del entorno ante el descubrimiento del abuso y se acentúa en función de las consecuencias que de ello se hayan derivado.

Por ello, en estos casos, es necesario ayudar al niño a reexperimentar los sentimientos habidos, a reconocer la intensidad de los mismos y a discriminarlos adecuadamente. Se trata de emociones legítimas y permitidas, que son las reacciones *normales* a una situación *fuera de lo normal*. El objetivo último es facilitar que el menor *digiera* adecuadamente el *atracción emocional* que ha experimentado y que es responsable de los síntomas existentes. Asimismo, es necesario que el terapeuta desmonte las creencias que han llevado al niño a negar el suceso y le ofrezca alternativas tolerables de aceptación de lo ocurrido.

Distorsiones cognitivas más frecuentes en la negación y la disociación

- *“esto no pasa si uno no quiere”*
 - *“los padres no hacen estas cosas”*
 - *“lo que ha sucedido es algo normal entre padre e hija”*
 - *“si esto ha tenido lugar, voy a destruir a mi familia”*
-
-

Sin embargo, aunque el tratamiento debe incluir un proceso que permita al niño describir y aceptar los sentimientos relativos al trauma sufrido, no se

debe limitar a sus reacciones emocionales y a la expresión de las mismas. Para que la intervención psicológica tenga éxito es necesario recurrir a técnicas que permitan cambiar las alteraciones cognitivas, afectivas, sexuales y conductuales así como proporcionar al menor las estrategias de afrontamiento necesarias para normalizar su ritmo de vida.

En este sentido, en una gran mayoría de los casos, la intervención con el niño debe dirigirse en un primer momento a la adopción de *estrategias urgentes de afrontamiento*, especialmente en lo que se refiere a los contactos con los Servicios Sociales o con el sistema policial y/o legal (denuncias, abandono del domicilio familiar, declaraciones, juicios, etc.). No es infrecuente que cuando el menor llega a la consulta psicológica, ya haya recorrido un largo camino de profesionales, se encuentre confuso respecto a la función de cada cual y no sepa los siguientes pasos a dar. El terapeuta debe tratar de clarificarle, en la medida de lo posible, el proceso en el que se encuentra y proporcionarle habilidades específicas que le ayuden a recorrer dicho proceso con eficacia. Se trata, en definitiva, de reducir el impacto de ciertos factores de estrés derivados de la revelación.

Asimismo, a lo largo del tratamiento psicológico, se deben proporcionar al menor *estrategias de afrontamiento específicas*, en función de su situación, especialmente orientadas a la consecución de los siguientes objetivos:

- a) en el caso de que la víctima sea ingresada en un colegio (hecho que ocurre con excesiva frecuencia): adquisición de pautas de convivencia adaptativas, prevención y eliminación de conductas agresivas, enseñanza de habilidades de comunicación con los tutores y compañeros, etc.
- b) en el caso del reinicio de la convivencia familiar: adquisición de pautas de relación adecuadas, de habilidades de comunicación, de resolución de problemas, etc.

5.2. Contenido del tratamiento

El abuso sexual, especialmente cuando es reiterado y llevado a cabo por una persona del entorno del menor, genera a corto plazo unas consecuencias psicológicas negativas en el ámbito cognitivo, afectivo, sexual y conductual, que, aunque variables de unas personas a otras, se repiten con frecuencia y son las que requieren tratamiento.

Tipo de alteración	Conductas alteradas
<i>Alteraciones cognitivas</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimientos de culpa 2. Desconfianza hacia los adultos 3. Autoconcepto negativo
<i>Alteraciones afectivas</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad y miedos 2. Ira 3. Tristeza
<i>Alteraciones sexuales</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ideas distorsionadas sobre la sexualidad 2. Actitudes negativas 3. Problemas en la orientación sexual
<i>Alteraciones conductuales</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agresividad 2. Comportamiento antisocial 3. Aislamiento

Las *respuestas cognitivas* derivadas de la experiencia sufrida hacen referencia a los sentimientos de culpa, la desconfianza y el autoconcepto negativo. La eliminación de los *sentimientos de culpa* del menor se ha llevado a cabo mediante técnicas cognitivas encaminadas a modificar las ideas distorsionadas que los producen. El terapeuta debe resaltar la escasa capacidad de protección del niño frente al adulto (más fuerte y con mayores recursos) insistiendo en que la responsabilidad única de lo ocurrido es del agresor. Por otro lado, el menor debe comprender los motivos que le han llevado a permanecer en silencio (el miedo a no ser creído, a ser culpado y castigado, a las consecuencias que pudieran derivarse de la revelación, etc.). Es más, haber obtenido algún “beneficio secundario” (regalos, privilegios respecto al resto de hermanos o compañeros, mayor atención, etc.) no significa haber deseado la continuación de la experiencia abusiva. En ocasiones, puede ser conveniente explicar a la víctima por qué algunos adultos tienen relaciones sexuales con niños (Cantón, 1997).

Ideas subyacentes de los sentimientos de culpa
<ul style="list-style-type: none"> • Haber aceptado “voluntariamente” los abusos • Haber cedido a los “chantajes” o a las amenazas del agresor • Mantener sentimientos ambivalentes hacia el adulto • Haber destrozado a la familia al revelar el secreto • Haber recibido un trato preferente respecto a sus hermanos • Haber disfrutado ocasionalmente • Sentirse responsable de las medidas legales tomadas contra el agresor

La superación de la *desconfianza de la víctima hacia los demás* requiere, en primer lugar, que el niño aprenda a discriminar en quién puede confiar, sin llegar a establecer generalizaciones erróneas. Se le debe animar a mantener relaciones con otras personas significativas de su entorno con el objetivo de que, además de recuperar su confianza en los demás, mejore sus relaciones interpersonales y, en último término, su autoconcepto. En algunos casos, puede ser conveniente llevar a cabo un entrenamiento en habilidades sociales a fin de facilitar el éxito del menor en sus contactos interpersonales (*cf.* Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987).. Por otro lado, esta desconfianza afecta negativamente al inicio o mantenimiento de una relación de pareja cuando la víctima llega a la adolescencia y suele venir derivada de pensamientos disfuncionales –estar siendo utilizada por la pareja, especialmente a nivel sexual, o estar siendo engañada- que el terapeuta debe identificar y eliminar.

Por otra parte, el *autoconcepto negativo* viene también derivado de los sentimientos de estigmatización y de indefensión característicos de los niños que han sido víctimas de abuso sexual. Para mejorar este aspecto, el terapeuta debe tratar de favorecer una imagen personal positiva y no estigmatizada. Intervenciones sencillas en el cuidado corporal y la forma de vestir, así como la realización de ejercicio físico y la implicación en actividades recreativas, facilitan la consecución de este objetivo y, al mismo tiempo, estimulan el sentido de responsabilidad y control.

En este sentido, debe valorarse la presencia en la víctima de un sentimiento de “estar sucia” o de “estar marcada para siempre” por lo sucedido. En el caso de detectarse este tipo de creencias –la segunda muy frecuente también en menores víctimas de malos tratos-, deben reestructurarse cognitivamente: el abuso sexual sufrido constituye una experiencia negativa de su pasado que en ningún caso va a olvidar, pero cuyas consecuencias puede superar mediante el tratamiento. El menor debe creer en la posibilidad de recuperarse y de lograr una vida normal. Se trata, en definitiva, de ayudar a la víctima a continuar adelante con su vida (estudios, relaciones interpersonales, vida familiar, etc.), proyectándole hacia el futuro con un énfasis en los aspectos positivos existentes.

En cuanto a las *respuestas afectivas*, la mayoría de las víctimas reaccionan con miedo, ansiedad, ira y/o tristeza. Aunque estos sentimientos pueden considerarse como una reacción adaptativa normal en una situación de estrés, pueden ser la base de futuros comportamientos inadecuados, generalizándose a otras personas o situaciones e interfiriendo gravemente en la vida cotidiana del niño.

Los *miedos y la ansiedad* son reacciones comunes y síntomas característicos del trastorno de estrés postraumático. Tanto en niños como en adultos, se considera que la autoexposición gradual y *en vivo* a los estímulos evocadores de ansiedad es la modalidad más efectiva para hacer frente a las respuestas de evitación (Echeburúa y Corral, 1993). Las técnicas de exposición, en el caso de ser necesarias, pueden enfocarse a tres puntos

fundamentales. En primer lugar, a exponer a la víctima a estímulos no peligrosos (hablar con adultos, por ejemplo) que evocan respuestas de ansiedad y de evitación en la vida cotidiana. En segundo lugar, a recuperar de forma gradual actividades que son gratificantes (por ejemplo, salir a la calle, relacionarse con amigos y amigas, conocer nuevas personas, etc.). Y en tercer lugar, a exponer a la víctima a los pensamientos intrusivos y pesadillas (si es que las hay) y a entrenarla en técnicas de distracción.

En cuanto a la reducción del nivel de ansiedad, se puede incluir una técnica de relajación, debido principalmente a que, además de disminuir la ansiedad y facilitar el sueño, favorece el sentimiento de control de las víctimas y propicia una autovaloración más positiva. De hecho, se cuenta en la actualidad con un tipo de *relajación progresiva* adaptado a niños de diferentes edades.

Del mismo modo, los *sentimientos de ira* pueden dar lugar a una personalidad hostil y negativa. En ocasiones, esta rabia viene derivada de la impotencia que algunas víctimas sienten ante la imposibilidad de demostrar los abusos o de tomar medidas contra el abusador y se intensifican ante la falta de apoyo de los familiares o amigos. El terapeuta debe ayudar al menor a expresar su rabia con procedimientos constructivos. El entrenamiento en control de la ira consta de tres fases secuenciales (Cantón y Cortés, 1997):

- la *fase de preparación cognitiva*, en la que se informa al niño sobre la naturaleza y función de la ira.
- la *fase de adquisición de habilidades*, en la que se le enseñan al menor las diferentes estrategias para hacer frente a sus sentimientos de ira y la manera de utilizarlas.
- la *fase de aplicación práctica*, en la que se le expone al sujeto a estímulos evocadores de ira, siguiendo una secuencia jerárquica, y se le insta a que utilice las estrategias aprendidas.

Técnicas terapéuticas	Indicaciones básicas
<i>Suspensión temporal</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los indicios de ira. 2. Advertir a la otra persona implicada (padres, hermanos, compañeros, etc.). 3. Alejarse física y psicológicamente de la situación. 4. Regresar una vez calmado.
<i>Distracción cognitiva</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No prestar atención a los indicios de ira. 2. Ocupar su mente con otra actividad. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - concentrarse en lo que ocurre a su alrededor. - practicar un ejercicio físico o mental. - realizar respiraciones lentas y profundas.

<i>Autoinstrucciones</i>	<ol style="list-style-type: none">1. Enseñar a los niños a hablarse a sí mismos de otra manera. Por ejemplo:<ul style="list-style-type: none">- “<i>voy a estar tranquilo</i>”- “<i>¿qué es lo que tengo que hacer?</i>”- “<i>voy a distraerme cantando una canción</i>”- “<i>lo estoy consiguiendo</i>”2. Ensayar y practicar las autoinstrucciones en situaciones reales.
--------------------------	---

También suelen ser frecuentes los sentimientos de *pena* en aquellos casos que implican el alejamiento y la pérdida de una persona importante (cuando el abusador es un padre o un allegado) en la que se confiaba y a la que se quería. Este sentimiento suele confundir bastante al niño, que, al mismo tiempo, se siente encolerizado. Debe, por tanto, comprender que estos sentimientos ambivalentes vienen derivados del hecho de sufrir una experiencia traumática producida por una persona emocionalmente significativa. En ocasiones, esta tristeza puede llevar al niño a la depresión o a la desesperación. En este sentido, se trata de entrenar a la víctima en la identificación y modificación de los pensamientos automáticos disfuncionales (por ejemplo, percatarse de que con la revelación del abuso se va ayudar a la familia, no a destruirla), así como de elaborar un programa de actividades recreativas que le ayuden a distraerse y a evitar la inactividad y la apatía características de los estados depresivos.

Algunas estrategias complementarias para hacer frente a la tristeza pueden ser las siguientes: poner nombre a lo que ha ocurrido; señalar que el agresor es un enfermo; y evitar la venganza o el rencor hacia la madre.

Respecto a las *alteraciones sexuales*, es necesario intervenir a varios niveles: por un lado, proporcionando información sexual adecuada a la edad del niño; por otro, modificando actitudes negativas e ideas distorsionadas sobre la sexualidad. Por ello, la educación sexual debe abarcar un amplio espectro de temas: desde unos conocimientos básicos de anatomía, en los casos precisos, hasta una información específica sobre los mitos, las enfermedades de transmisión sexual o la homosexualidad. Merece especial mención este último punto, sobre todo en el caso de niños mayores o adolescentes varones que han sido víctimas de abuso por parte de un adulto de su mismo sexo. Es preciso explicarles, especialmente cuando admiten haber experimentado placer con el contacto sexual, que lo ocurrido no denota una orientación homosexual ni supone un determinismo sobre su orientación sexual futura. Asimismo el terapeuta debe incluir, también en los casos precisos, el entrenamiento en habilidades de comunicación con las personas del sexo opuesto.

Por otro lado, ocasionalmente pueden detectarse, ya en la adolescencia, determinadas disfunciones sexuales (falta de deseo sexual, anorgasmia,

vaginismo, etc.) que impiden el mantenimiento de unas relaciones sexuales satisfactorias. Si, al eliminar las ideas distorsionadas sobre la sexualidad y la falta de confianza hacia la pareja, estos problemas no remiten, será necesario intervenir específicamente sobre ellos a través de técnicas o programas de tratamiento concretos (focalización sensorial, recondicionamiento orgásmico, ejercicios musculares...) (cfr. Labrador, 1994).

Los *problemas conductuales* más frecuentes en las víctimas son la agresividad o el comportamiento antisocial y el aislamiento. Además, los menores afectados por un abuso prolongado pueden haber aprendido a asociar la relación interpersonal con los contactos sexuales, lo que puede suponerles un riesgo adicional de rechazo o de revictimización. Asimismo, un déficit frecuente entre estas víctimas es la carencia de habilidades asertivas apropiadas. De esta manera, mientras unos se sienten intimidados en las relaciones con sus iguales, otros tienden a ser manifiestamente agresivos. Por ello, el tratamiento de las disfunciones interpersonales requiere un entrenamiento en asertividad y en habilidades sociales .

Por último, el terapeuta debe llevar a cabo una intervención psicoeducativa, a modo de síntesis de las técnicas señaladas anteriormente, orientada a controlar el riesgo de que la víctima se convierta de mayor en un agresor sexual.

6. INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

Independientemente de la edad del menor o de las medidas urgentes psicosociales o judiciales que deban adoptarse para proteger a la víctima, la intervención psicológica con los familiares es imprescindible. Ellos van a tener que afrontar una situación dolorosa y son los que deben garantizar la protección y seguridad del menor.

Como ya se ha mencionado, la víctima no siempre requiere un tratamiento psicológico directo. En ocasiones, la edad del menor o sus características y recursos psicológicos dificultan e incluso impiden la intervención psicológica con la propia víctima. Es entonces cuando los familiares y cuidadores desempeñan un papel fundamental en su recuperación. La intervención terapéutica debe, por tanto, ir orientada a garantizar su capacidad para supervisar la evolución del menor, dotarle de seguridad y enseñarle estrategias de afrontamiento adecuadas, así como a superar los efectos psicológicos que ellos mismos padezcan.

6.1. Pautas urgentes para el afrontamiento del abuso

El objetivo inicial es garantizar la seguridad de la víctima, a efectos de que no se produzca una revictimización. Por ello, la intervención con los cuidadores del menor debe dirigirse en un primer momento a la adopción de

estrategias urgentes de afrontamiento, especialmente en lo que se refiere a los contactos con los Servicios Sociales o con el sistema policial y/o legal (denuncias, declaraciones, juicios, etcétera). El grado de confusión al respecto (la repetición de las declaraciones o la lentitud y falta de claridad del proceso), suscitado a veces por los propios profesionales, puede afectar muy negativamente al estado psicológico de los familiares del menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Estos primeros momentos tienen un valor crítico. Así, por ejemplo, una reacción negativa de la familia ante la revelación del abuso por parte del menor, como no dar crédito a su testimonio o culparlo de lo ocurrido, puede impedir su recuperación, al no darle el apoyo emocional necesario, e incluso agravar su sintomatología.

Se trata, por ello, de enseñar a los padres a adoptar una actitud adecuada ante la revelación del abuso, así como de establecer las estrategias de solución de problemas y de toma de decisiones en relación con las medidas urgentes posibles (protección inmediata del menor, denuncia del agresor, salida del agresor o del menor del hogar, etcétera).

6.2. Asesoramiento psicoeducativo

Una vez garantizadas la seguridad y la protección del menor, el terapeuta debe ayudar a los familiares a comprender lo sucedido, sobre todo cuando se trata de un abuso crónico intrafamiliar que ha tenido lugar sin su conocimiento o sospecha. Se trata de explicar la dinámica del proceso abusivo, la ambivalencia de la víctima respecto al abusador (el *pacto de silencio* establecido) y las motivaciones del agresor, a efectos de evitar los sentimientos de culpa por no haber cumplido con su función protectora y de facilitar la toma de decisiones adecuadas.

Asimismo hay que informar a los familiares acerca de las posibles consecuencias psicológicas del maltrato en el menor (síntomas clínicos o conductas anómalas), con el objetivo de detectarlas de forma temprana, amortiguar su impacto con un apoyo emocional adecuado y buscar ayuda profesional en los casos precisos. Conviene también indicarles la necesidad de una escucha activa y respetuosa ante las confidencias habidas (dar crédito a lo sucedido) y señalarles el tipo de conductas apropiadas con el menor para facilitar su recuperación emocional. El objetivo fundamental en esta fase es la normalización de la vida del menor y el restablecimiento de las pautas habituales de conducta en la vida cotidiana, que es uno de los mejores predictores de mejoría (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

6.3. Intervención terapéutica

La respuesta de los familiares ante la revelación del abuso puede llegar a ser más intensa que la del propio menor, sobre todo en el caso de que la

madre tenga que afrontar el hecho de que su pareja ha abusado de su hija. Todo ello puede generar una sintomatología ansioso-depresiva (culpa, vergüenza, miedo, cólera) que repercuta negativamente en la víctima e impida protegerle en el futuro de una forma efectiva.

El terapeuta debe realizar una evaluación exhaustiva del estado psicológico de los miembros de la familia y de las estrategias de afrontamiento utilizadas. Los ejes del tratamiento son los siguientes:

a) Negación del abuso

La negación del abuso por parte de los familiares (“*esto no ha podido pasar porque no podría soportarlo*”) está asociada al carácter abyecto de lo ocurrido, al sentimiento de culpa por haber fallado en la protección del menor y a la posible separación del abusador (no siempre deseada), así como a la vergüenza social experimentada y al reproche penal (Mas y Carrasco, 2005).

Por ello, hay que abordar con los familiares la utilización de la negación como estrategia inadecuada de afrontamiento y sustituirla por otras que favorezcan la aceptación del abuso como paso previo para adaptarse a la nueva realidad.

b) Sentimientos de culpa y de fracaso

La sensación de fracaso como padres en su función de protección del menor y su temor ante el futuro generan un profundo malestar emocional y una percepción como padres *defectuosos e incapaces*.

Es preciso, por ello, reevaluar las ideas disfuncionales relacionadas con la culpa y la vergüenza, hacer frente a las atribuciones internas, reatribuir la responsabilidad de la ocurrencia de los abusos exclusivamente al abusador y reajustar su capacidad protectora en relación con sus hijos.

c) Rabia, resentimiento y deseos de venganza

El rencor, la ira y los deseos de venganza surgen con frecuencia en estos casos, generan culpa y son de difícil manejo a nivel clínico. Por ello, es importante abordar estas emociones negativas a través de una serie de pasos. En primer lugar, el familiar afectado debe aceptar que constituyen emociones lógicas y habituales tras un impacto semejante. En segundo lugar, el familiar no debe resistirse a la hostilidad y la rabia, sino aprender a canalizarlas adecuadamente. Y, por último, se debe llevar a cabo un entrenamiento específico en el control de impulsos y una reestructuración cognitiva para hacer frente a las ideas disfuncionales que el sujeto irá poniendo en práctica de forma habitual en su vida cotidiana.

d) Ansiedad, depresión y baja autoestima

La sintomatología ansioso-depresiva es la más habitual en estos casos y tiene como consecuencia un cambio en la autoestima, que conlleva una percepción más negativa de sus propias capacidades y cualidades. El clínico debe considerar todas estas variables y abordarlas a nivel terapéutico mediante técnicas de relajación y reestructuración cognitiva, así como mediante estrategias orientadas a reforzar la autoestima en la vida cotidiana y a recuperar un ritmo de vida adaptativo y gratificante.

e) Deterioro de las relaciones familiares y de pareja

Las relaciones familiares pueden verse afectadas por una multitud de sentimientos encontrados. Así, la víctima puede sentirse culpable por haber mantenido oculto el abuso, pero al mismo tiempo responsabilizar a las figuras cercanas por no haberse percatado de la situación abusiva y no haberla protegido. De la misma manera, los cuidadores de la víctima pueden presentar fuertes sentimientos de culpa y fracaso por no haber sabido proteger al menor y, sin embargo, responsabilizarlo al mismo tiempo por su silencio. Asimismo los posicionamientos y alianzas de los diferentes miembros de la familia con la víctima o con el agresor pueden generar un malestar añadido.

Por tanto, resulta fundamental abordar clínicamente la dificultad de la familia para expresar las emociones asociadas a los abusos y a su revelación, así como las diversas percepciones en relación con las reacciones de cada uno. Todo ello puede llevarse a cabo en el tratamiento individual y también a través de una terapia de pareja (en el caso de que esta se haya visto afectada tras los abusos) o de una terapia familiar con los miembros implicados.

Es habitual en este contexto la pérdida del deseo erótico en la mujer, especialmente cuando hay una sintomatología depresiva y/o cuando el sexo, por asociación con el abuso, se convierte en un estímulo aversivo, lo que puede llevar a una ausencia de contactos sexuales o a unos coitos meramente mecánicos. Como complemento de la terapia de pareja, se puede llevar a cabo una terapia sexual específica orientada a recuperar unas relaciones sexuales satisfactorias a través de técnicas concretas, tales como el incremento de la propia conciencia sensorial, la focalización sensorial con la pareja o el incremento de las fantasías eróticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Besten, B. (1997). *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona. Herder.
- Bonner, B.L. (1999). Abuso sexual infantil: prevención y tratamiento. En J. Sanmartín (ed.). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.
- Calvo, J. Y Calvo, J.R. (1997). Aspectos físicos del abuso sexual. En J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (eds.) (1997). *Niños maltratados*. Madrid. Díaz de santos.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: siglo xxi.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Técnicas de exposición en psicología clínica. En M. A. Vallejo y M. A. Ruiz (ed.), *Manual práctico de modificación de conducta (vol.2)* . Madrid: Fundación Universidad-empresa.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (1998). Abuso sexual en la infancia. En M.A. Vallejo (ed.). *Manual de terapia de conducta (vol. 2)*. Madrid. Dykinson.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (1999). Abuso sexual en la infancia: factores de riesgo y consecuencias psicológicas. En J. San martín (ed.). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, c. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona. Ariel.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología conductual, Vol. 19, nº 2, 469-486*.
- Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (ed.). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.
- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (1999). *Principios de criminología*. Valencia. Tirant lo blanch.
- Glaser, D. y Frosh, S. (1998). Abuso sexual de niños. Barcelona. Paidós.
- Goenaga, R. (1997). Delitos contra la libertad sexual. *Cuaderno del instituto vasco de criminología, 10, 95-120*.

- López, F. (1997). Abuso sexual: un problema desconocido. En J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (eds.). *Niños maltratados*. Madrid. Díaz de santos.
- Madansky, D. (1996). Abusos sexuales. En s. Parker y b. Zuckerman (ed.), *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Mas, B. (1995). Trastorno de estrés postraumático: el abuso sexual infantil y su tratamiento, *psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dyckinson.
- Mas, B. y Carrasco, M.A. (2005). Abuso sexual y maltrato infantil. En M.J. Comeche y M.A. Vallejo (eds.). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid. Pirámide.
- Michelson, I.; Sugai, D.; Wood, R. y Kazdin, A. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia. Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca. (original, 1983).
- Milner, J.S. y Crouch, J.L. (2004). El perfil del niño víctima de violencia. En J. Sanmartín (ed.). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Barcelona. Ariel.
- Noguerol, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil. En J. Casado, J.A. Díaz, y C. Martínez (eds.) (1997). *Niños maltratados*. Madrid. Díaz de Santos.
- Noguerol, V. (2005). *Agresiones sexuales*. Madrid: Síntesis
- Pérez Conchillo, M. y Borrás, J. J. (1996). *Sexo a la fuerza*. Madrid: Aguilar.
- Sosa, C. D. y Capafons, J. L. (1996). Abuso sexual en niños y adolescentes, *psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: pirámide.
- Vázquez mezquita, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: siglo xxi.
- Vázquez mezquita, B. (ed.) (2004). *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio*. Valencia. Centro reina sofía para el estudio de la violencia.