

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR: UN ENFOQUE INTEGRADOR

Enrique Echeburúa^{1,2} y Cristina Guerricaechevarría¹

¹Universidad del País Vasco; ²Cibersam (España)

Resumen

El abuso sexual (ASI) intrafamiliar es la forma más frecuente de victimización en la infancia. Los efectos del ASI son variables y están mediados por diversos factores, algunos de ellos relacionados con el abuso, tales como su frecuencia, gravedad y duración, y otros asociados a la fase evolutiva del menor y al medio familiar. Hay pruebas de que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz. El tratamiento cumple diversas funciones: la reducción de los síntomas, la comprensión del significado de la experiencia vivida, la prevención de nuevos abusos y la ayuda a la familia para expresar sus sentimientos, buscar apoyo y hacer frente a los problemas planteados. Se propone un enfoque integrador en el que se tiene en cuenta tanto a los menores como a los familiares. Hay también algunas sugerencias para el tratamiento según la edad de los menores y sobre cómo establecer la secuencia temporal del programa con las víctimas y los familiares. La investigación futura debería contar con grupos de control y seguimientos a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: *abuso sexual infantil intrafamiliar, tratamiento de los menores, tratamiento de la familia, enfoque terapéutico integrador.*

Abstract

Intrafamily child sexual abuse (CSA) is the most common form of child victimization. The long-term effects of CSA vary from person to person and are moderated by different factors, some of them abuse related, such as its frequency, severity and duration, and some involving the child developmental stage and the surrounding milieu. Evidence is growing that trauma-focused cognitive-behavioral therapy is an effective treatment for sexually abused children. Treatment serves several functions including: the reduction and prevention of chronic trauma symptoms; developing and understanding of the meaning of the abusive event; helping family members express their feelings about the sexual abuse openly and exploring methods for coping and getting support. An integrative therapeutic approach

taking into account sexually abused children and their relatives is proposed. There are also some suggestions for treatment according to the victimized children age and some indications about how to deal with relatives and with abused children in an integrative treatment. Further research should focus on outcome studies about treatment of intrafamily child sexual abuse with appropriate control groups and long-term follow-ups.

KEY WORDS: *intrafamily child sexual abuse, children treatment, family treatment, integrative therapeutic approach.*

Introducción

El abuso sexual infantil es un fenómeno que tradicionalmente se ha mantenido oculto y que, aunque en la actualidad despierta un creciente interés y una enorme preocupación, aún permanece invisible en la gran mayoría de los casos. Según un reciente metaanálisis de Pereda, Guilera, Forn y Gómez-Benito (2009), la tasa de prevalencia de algún tipo de abuso sexual en menores es de un 7,4% en el caso de los niños y de un 19,2% en el de las niñas. Si bien el abuso sexual grave, con contacto físico, con carácter repetido y con implicaciones negativas en el desarrollo emocional del menor, es más reducido, estas cifras dan idea de la gravedad de este hecho en diferentes países.

Las consecuencias de la victimización a corto plazo son, en general, muy negativas para el funcionamiento psicológico de la víctima, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la misma familia y cuando se ha producido una violación. Las consecuencias a largo plazo son más inciertas, si bien hay una cierta correlación entre el abuso sexual sufrido en la infancia y la aparición de alteraciones emocionales o de comportamientos sexuales inadaptados en la vida adulta. No deja de ser significativo que un 25% de los niños abusados sexualmente se conviertan ellos mismos en abusadores cuando llegan a ser adultos. El papel de los factores amortiguadores -familia, relaciones sociales, autoestima, etc.- en la reducción del impacto psicológico parece sumamente importante, pero está aún por esclarecer (Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Echeburúa y Corral, 2006; Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez Padilla, 2011).

No obstante, las secuelas del abuso sexual son similares a las de otro tipo de agresiones. De este modo, más que respuestas concretas a sucesos traumáticos específicos, los diferentes tipos de victimización (castigo físico, abuso sexual, abandono emocional, etcétera) pueden dar lugar a síntomas y pautas de conductas similares en niños de la misma edad. Lo único que diferencia específicamente a los niños abusados sexualmente es una conducta sexual inapropiada, bien por exceso (promiscuidad sexual o desarrollo sexual prematuro), bien por defecto (inhibición sexual) (Finkelhor, 2008).

En cuanto a la intervención clínica, no todas las víctimas requieren ser tratadas psicológicamente. La terapia puede implicar, al menos en algunos casos, una segunda victimización. El tratamiento está indicado en los niños afectados por síntomas psicopatológicos intensos, tales como ansiedad, depresión, pesadillas o alteraciones sexuales, o por un grado de inadaptación significativo a la vida

cotidiana. En los demás casos, el apoyo familiar, las relaciones sociales y la reanudación de la vida cotidiana son suficientes como factor de protección al menor. El papel del terapeuta en estos casos puede limitarse a servir de orientación y apoyo a la familia y a evaluar periódicamente el desarrollo psicológico del menor (Horno, Santos y Molino, 2001).

Y en el caso de que la terapia para la víctima sea necesaria, quedan aún por clarificar el momento adecuado de la misma y el establecimiento de unas guías de tratamiento adaptadas a la edad y a las necesidades específicas de cada víctima. Ya se han comenzado a dar los primeros pasos en esta dirección (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Echeburúa, Guerricaechevarría y Amor, 2002).

Hay una bibliografía abundante sobre la epidemiología del abuso sexual en menores (López, 1994; Pereda *et al.*, 2009), sobre las repercusiones psicológicas en la estabilidad emocional del menor (Cantón y Justicia, 2008; Cortés *et al.*, 2011; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006) o sobre la credibilidad del testimonio (Cantón y Cortés, 2000; Massip y Garrido, 2007; Vázquez Mezquita, 2004), pero es muy escasa la bibliografía existente sobre los aspectos clínicos de intervención (Hetzl-Riggin, Brausch y Montgomery, 2007). Por ello, el objetivo de este artículo es establecer, de acuerdo con los conocimientos actuales, las pautas de actuación con las familias de los menores abusados sexualmente, así como las estrategias de intervención más adecuadas con las víctimas directas según su edad y circunstancias.

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, así como todas las circunstancias que se deriven de la revelación de los abusos, 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 sus 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.

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).

La separación del menor de su familia debe ser considerada únicamente en casos excepcionales, en los que, tras una valoración específica, se detecten elementos claros de desprotección en el entorno familiar, no se acepte el relato de los hechos y haya un riesgo claro de revictimización. Serán, por tanto, los Servicios Sociales especializados los que actúen para proporcionar a la víctima un ambiente adecuado (familia de acogida, centro de menores o piso tutelado).

En cualquier caso, *a priori*, la separación no es recomendable. El menor puede sentirse desterrado, se potencia su sentimiento de culpa y de estigmatización y, lo que es peor, se puede reforzar la autopercepción del menor como un problema y no como la víctima del mismo.

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).

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 eficaz.

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, de fracaso e incapacidad y de estigmatización

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 y son de difícil manejo a nivel clínico. Se trata de emociones que atormentan a los afectados por la situación traumática en su lucha interna por controlarlos y no dejarse llevar por ellos, ya que los consideran como propios de *malas personas*.

Por todo 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 tras un impacto semejante y que son habituales en muchas personas en sus mismas circunstancias. En segundo lugar, el familiar no debe resistirse a la hostilidad y la rabia, que son reacciones esperables, sino aprender a canalizarlas adecuadamente. Y, por último, en consonancia con lo anterior, se debe llevar a cabo un entrenamiento específico en 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.

Intervención psicológica con las víctimas

El tratamiento directo a las víctimas menores está indicado cuando hay una presencia acentuada de síntomas que interfieren negativamente en su vida cotidiana, cuando se encuentra en una situación de crisis (salida del hogar, proceso judicial, etcétera) y cuando sus capacidades cognitivas lo permiten.

Como en cualquier otra intervención en la infancia, es imprescindible crear una buena relación terapéutica con la víctima y favorecer un clima de confianza en el que el menor perciba la consulta como un espacio acogedor de ayuda y superación.

Al igual que en el caso de los familiares, en la intervención psicológica con los menores pueden diferenciarse dos ejes fundamentales: uno, educativo-preventivo y, otro, propiamente clínico o terapéutico.

Pautas urgentes de afrontamiento

Al margen de que antes de la intervención con el menor se haya podido tratar a sus familiares, puede ser importante ayudar al menor a hacer frente a la situación de estrés derivada de la revelación. Hay que dotarle de las estrategias adecuadas para evitar posibles situaciones de agresión y, en todo caso, de las habilidades necesarias para informar de su ocurrencia (véase tabla 1) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; Echeburúa *et al.*, 2002).

Tabla 1

Pautas urgentes de actuación ante el abuso por parte de los familiares del menor (Echeburúa, Guerricaechevarría y Amor, 2002)

- Garantizar la terminación de los abusos sexuales y la separación física entre la víctima y el agresor.
- Asegurar, por parte de los cuidadores del niño —la madre fundamentalmente—, la determinación de protegerlo en adelante.
- Capacitar a la víctima para informar de manera inmediata de ulteriores episodios de abuso.
- Enseñar a la víctima a identificar y comprender su propia sexualidad y la del adulto de una forma sencilla y objetiva.
- Darle pistas claras e inequívocas de cuándo un acercamiento de un adulto tiene una intencionalidad erótica.
- Adiestrar al menor en técnicas de evitación de situaciones que suponen un claro riesgo de abusos sexuales, según las experiencias pasadas.
- Enseñar al niño modos eficaces de asertividad para rechazar peticiones no deseadas en el ámbito erótico.

Asimismo, el terapeuta debe tratar de clarificarle, en la medida de lo posible, el confusiónismo psicológico y el proceso psicosocial/judicial complejo en el que se encuentra, así como proporcionarle habilidades específicas que le ayuden a recorrer dicho proceso con eficacia y sin perder su autoestima.

De la misma manera, el terapeuta ha de considerar los cambios específicos que se hayan derivado de la revelación y proporcionar, al menor, estrategias específicas de afrontamiento. Se trata de facilitarle la adaptación a su nueva situación, tanto si ha abandonado el domicilio familiar para integrarse en una familia de acogida o en un piso tutelado como si se mantiene en un entorno familiar que está conmocionado por el conocimiento de los sucedido y en

donde hay repercusiones a distintos niveles (conflictos y/o ruptura de relaciones familiares, afectación emocional de los diferentes miembros o cambios en las rutinas diarias) (Echeburúa y Corral, 2007).

Fase psicoeducativa y preventiva

El objetivo inicial en esta fase con la víctima es poner nombre a lo sucedido. El menor debe conocer el significado de la sexualidad de una forma eficaz, objetiva y adaptada a su nivel de edad. Se utilice o no el término *abuso* en función de la edad o del nivel de comprensión de la víctima, lo que resulta fundamental es recalcar que se trata de una experiencia impuesta, bien sea por la fuerza o, en la mayoría de las ocasiones, por el abuso de poder y el engaño. El terapeuta debe explicar a la víctima, de forma tranquila y sin dramatismos, el proceso abusivo y las causas del mismo, así como los factores que han hecho posible que lo mantenga en silencio durante un tiempo prolongado. Se debe reforzar a la víctima, en todo momento, el hecho de haberlo revelado, así como eliminar cualquier sentimiento de culpa o responsabilidad por las consecuencias derivadas de esa revelación.

Asimismo es importante que la víctima atribuya la responsabilidad de lo ocurrido al agresor y que sepa, si es el caso, que este es una persona con conflictos personales y emocionales, necesitado de una ayuda que, gracias a sus manifestaciones, va a poder recibir (Galiana y De Marianas, 2000).

Respecto a la prevención de posibles nuevos sucesos, es fundamental enseñar al menor a distinguir lo que es una muestra de cariño de lo que es una conducta sexual, así como a identificar determinadas situaciones potencialmente peligrosas (estar a solas con un adulto en la habitación o en el baño o estar expuesto a imágenes o conductas sexuales) y a poner en práctica las estrategias adecuadas para evitarlas (decir no, pedir ayuda inmediatamente o contarlo).

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

Fase terapéutica

La fase terapéutica debe abarcar tanto el desahogo emocional y la expresión de los sentimientos experimentados como la intervención específica sobre las secuelas cognitivas, emocionales, conductuales y sexuales sufridas.

a) *Elaboración cognitiva y emocional del abuso*

Los menores tienden a utilizar la disociación o la negación de la experiencia como mecanismos inapropiados de superación del trauma. Una y otra protegen a la víctima de un trauma que no puede ser procesado adecuadamente en la conciencia. Mediante la disociación, las emociones se separan del recuerdo 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. En otras ocasiones, la víctima niega incluso la existencia de lo sucedido (negación total) o rebaja su importancia o gravedad (negación parcial) y actúa como si nada hubiera ocurrido. 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 (Daigneault, Hébert y Tourigny, 2006; Macfie, Cicchetti y Toth, 2001).

Se trata, por ello, de enseñar al menor estrategias adecuadas para superar el malestar emocional. Relatar los abusos y, lo que es más importante, expresar los sentimientos y pensamientos experimentados permite el desahogo emocional del menor, lo que supone romper con el secreto y el sentimiento de aislamiento que lo acompaña.

Por ello, en estos casos, es necesario ayudar al menor a reexperimentar las emociones habidas, a reconocer la intensidad de las mismas y a discriminarlas adecuadamente. Se trata de enseñarle que son 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 (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

A este respecto, el terapeuta puede recurrir a técnicas como la escucha activa, la narración dirigida y/o cualquier estrategia que facilite la expresión emocional del menor (dibujos, fichas, cuentos, juegos, etcétera), todo ello en función de su desarrollo evolutivo y de sus capacidades y recursos.

b) *Sentimientos de culpa y vergüenza*

La culpa puede referirse a cuestiones diversas: la asunción de la responsabilidad de los abusos ("*algo malo habré hecho yo*"), la ocultación y el mantenimiento del secreto respecto a algo malo, cierto disfrute de una relación clandestina (*juegos de mayores*) o la obtención de algún tipo de privilegios (mayor atención o regalos). Asimismo, la existencia de un proceso judicial que puede conllevar una sanción legal grave al agresor es posible que refuerce el sentimiento de culpa de la víctima, especialmente si existía un vínculo afectivo entre ambos.

La eliminación de los sentimientos de culpa y de vergüenza del menor se aborda mediante técnicas cognitivas encaminadas a reevaluar y modificar las ideas distorsionadas que los producen para ajustarlas a la realidad de los hechos. El menor debe comprender que el único responsable de lo sucedido es el agresor y ser consciente de los motivos que le han llevado a permanecer en silencio hasta ahora. Todo ello puede llevarse a cabo mediante la discusión racional, la exposición a ejemplos o relatos representativos y la lectura de materiales o de cuentos específicos y juegos. La intervención de la víctima en el proceso judicial requiere una preparación específica.

c) *Sentimiento de estigmatización, tristeza y baja autoestima*

La baja autoestima deriva de los sentimientos de estigmatización y de indefensión vinculados al abuso sexual, así como de la tristeza sufrida por la decepción habida con el abusador. Al haber vivido el menor una situación fuera de lo normal, se puede sentir diferente al resto, malo o *sucio* y con una *mancha* que nunca va a poder borrar.

Se trata de mejorar esta visión negativa del menor, resultado de la distorsión de la imagen de sí mismo. En primer lugar, el terapeuta debe hacer consciente al menor de que el abuso sufrido constituye una experiencia negativa de su pasado y de que, sin embargo, puede recuperarse y lograr una vida normal. Y en segundo lugar, hay que modificar los pensamientos distorsionados y favorecer una imagen personal positiva y no estigmatizada de la víctima. El objetivo es integrar los aspectos positivos y negativos que forman parte de su forma de ser, así como potenciar la atención selectiva a las cualidades mientras se abordan las debilidades o defectos que puedan solucionarse. Se trata, en definitiva, de ayudar a la víctima a continuar adelante con su vida (estudios, relaciones interpersonales, vida familiar, etcétera), proyectándola hacia el futuro con una visión positiva (Echeburúa, 2004).

d) *Reexperimentación emocional y evitación cognitiva*

Más allá de un mero recuerdo, los menores pueden revivir las situaciones abusivas sufridas intensa y frecuentemente. Esta reexperimentación, acompañada de una reacción psicofisiológica de sobresalto, puede presentarse en forma de pesadillas o de pensamientos o imágenes recurrentes e invasivos. El malestar emocional generado puede llevar a la víctima a tratar de eludir y a enterrar en el olvido sus vivencias traumáticas como un mecanismo protector. Sin embargo, lo conveniente en estos casos no es la evitación, sino lograr la integración emocional de las experiencias vividas en la historia vital de una forma gradual (Echeburúa, 2004).

En muchos casos, el relato de las experiencias dolorosas, por parte del menor, y la expresión de los sentimientos suele interrumpir los mecanismos de negación o evitación, así como facilitar la *digestión* de la situación abusiva. Sin embargo, cuando los síntomas de reexperimentación persisten, es necesario acompañar este desahogo emocional de técnicas específicas de exposición en imaginación, de manera que la víctima consiga ordenar y mantener cierto control sobre los recuerdos e imágenes. Para ello, se elaboran jerarquías de secuencias que se exponen al menor de manera gradual y segura en la compañía tranquilizadora del terapeuta. Según la edad del menor, los dibujos o los muñecos pueden facilitar esta tarea de exposición.

e) *Ansiedad, miedos y conductas de evitación*

La mayoría de las víctimas reaccionan con miedo y ansiedad tras una situación de abuso sexual. Aunque estas emociones pueden considerarse como una reacción adaptativa normal en una situación de estrés, pueden ser también la base de futuros comportamientos inadecuados si se generalizan a otras personas o situaciones no peligrosas e interfieren gravemente en la vida cotidiana del niño.

Al igual que en los adultos, la autoexposición gradual y en vivo a los estímulos evocadores de ansiedad es la modalidad más eficaz para hacer frente a las respuestas de evitación. Las técnicas de exposición, en el caso de ser necesarias, consistirán en exponer a la víctima a estímulos adaptativos y no peligrosos (por ejemplo, dormir sola, salir a la calle o jugar con otros niños) que provocan respuestas de ansiedad y de evitación en la vida cotidiana. El terapeuta elaborará, junto al menor, la graduación de las situaciones a las que este se expondrá paulatinamente, a veces con ciertas ayudas (la distracción cognitiva o llamar por móvil al coterapeuta, por ejemplo) y contará con la colaboración de sus familiares para el desarrollo gradual de las tareas de exposición.

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 la sensación de control en 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 (*cf.* Echeburúa y Corral, 2009).

A veces la ansiedad se refiere al temor a acostarse (sobre todo cuando el abuso tuvo lugar en la cama o en la habitación del menor), que supone soledad y oscuridad. En estos caso se requiere una adaptación del tratamiento para esta situación (véase tabla 2).

Tabla 2

Pautas para el tratamiento de los miedos asociados al irse a dormir
(Mas, 1995)

1. Crear un ambiente seguro para el niño: retirar detalles que generen ansiedad y proporcionar objetos que le ayuden a ejercer un cierto control sobre el ambiente (lámpara de noche accesible, un juguete favorito, etc.).
2. Instaurar un ritual tranquilizador a la hora de acostarse (tomar un baño caliente, escuchar un cuento favorito, cantar una canción).
3. Proporcionar al menor una serie de conductas incompatibles con la ansiedad, con el fin de que las ponga en marcha en el momento en que empieza a sentir desasosiego (ejercicios de relajación, autoinstrucciones, leer un cuento, etc.).
4. Enseñar a los padres a reconocer conductas de miedo inadecuadas y a reforzar pautas de actuación apropiadas en el niño para el control de la ansiedad.

f) Desconfianza en las relaciones afectivas e interpersonales

La víctima de una experiencia traumática pierde confianza en sí misma, pero también en los demás. El menor puede llegar a considerar al resto de personas, en unos casos, como potencialmente peligrosas y, en otros, como ajenas o insolidarias con su dolor (Echeburúa, 2004). Por ello, 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. La propia relación terapéutica con un adulto no abusador constituye una oportunidad para el modelado de una relación sana.

La reevaluación cognitiva desempeña un papel muy importante en este contexto. Una vez más, se trata de normalizar los esquemas cognitivos que se producen tras los abusos sexuales, lo que se debe llevar a cabo mediante técnicas diversas en función de la edad, la capacidad y los recursos personales del menor. Además de la discusión racional de estos pensamientos distorsionados, pueden utilizarse técnicas de representación de papeles (*role playing*), fichas y materiales específicos orientados a desarrollar sus habilidades sociales a fin de facilitar el éxito del menor en sus contactos interpersonales.

Si la víctima es una adolescente e inicia una relación de pareja, puede mostrar pensamientos disfuncionales, como ser utilizada, por su pareja, a nivel sexual o ser engañada, algo que el terapeuta debe identificar y eliminar.

g) Hostilidad, rabia y agresividad

Al igual que en el caso de sus familiares, el menor también puede desarrollar reacciones de ira como resultado de la decepción, la frustración y la impotencia. Estas emociones pueden dar lugar a una personalidad hostil y negativa y se pueden manifestar hacia el exterior, con conductas agresivas y antisociales, o hacia el interior, mediante comportamientos autodestructivos, tales como consumir drogas o comer en exceso.

Tabla 3

Técnicas terapéuticas frecuentemente utilizadas en el control de la ira
(Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000)

<i>Técnicas terapéuticas</i>	<i>Indicaciones básicas</i>
Suspensión temporal	<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.
Distracción cognitiva	<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.
Autoinstrucciones	<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"> - "voy a estar tranquilo" - "¿qué es lo que tengo que hacer?" - "voy a distraerme cantando una canción" - "lo estoy consiguiendo" 2. Ensayar y practicar las autoinstrucciones en situaciones reales.

El terapeuta debe ayudar al menor a expresar su rabia con procedimientos constructivos. El entrenamiento en el control de la ira consta de tres fases secuenciales (Cantón y Cortés, 1997): a) la fase de preparación cognitiva, en la que se informa al menor sobre la naturaleza y función de la ira y se le ayuda a entender los factores que la originan y la mantienen; b) la fase de adquisición de habilidades, en la que se le enseñan diferentes estrategias para hacer frente a la ira (véase tabla 3); y c) la fase de aplicación práctica, en la que se le expone al menor a estímulos provocadores de ira, siguiendo una secuencia jerárquica, y se le insta a que utilice las estrategias aprendidas.

Asimismo, un entrenamiento en asertividad y habilidades sociales permite al menor desarrollar las estrategias necesarias para reducir el grado de conflictividad con sus iguales y mejorar sus relaciones interpersonales (Flanagan, Allen y Henry, 2010).

h) Alteraciones en el área sexual

La sexualización traumática puede manifestarse en forma de inhibición sexual, que podría llegar hasta una fobia o a la aversión al sexo, de dificultades de identidad sexual y de hipersexualidad, que se refleja en diversas conductas disfuncionales: sexualidad precoz, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual, promiscuidad sexual e incluso aparición de comportamientos abusivos hacia otros menores. En estos casos se ha aprendido a disociar el sexo del afecto y a utilizarlo de una forma instrumental.

La intervención terapéutica requiere modificar actitudes negativas e ideas distorsionadas sobre la sexualidad, así como abordar mitos y falsas creencias sobre 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 y han experimentado algún tipo de placer en esos contactos. Lo ocurrido no denota necesariamente 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.

Si en chicas adolescentes con relaciones de pareja aparecen determinadas disfunciones sexuales (falta de deseo sexual, anorgasmia o vaginismo) que no remiten con la actuación terapéutica señalada anteriormente, será necesario intervenir específicamente sobre ellas 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 (Carrasco, 2002).

Por último, cuando se trata de víctimas varones, el terapeuta debe llevar a cabo una intervención psicoeducativa orientada a controlar el riesgo de que la víctima se convierta, con el paso del tiempo, en un agresor sexual, mediante la discusión racional de posibles distorsiones (minimizaciones o justificaciones de las conductas de abuso), el fomento de la empatía y un entrenamiento en habilidades sociales. Si esto ya hubiera tenido lugar y los comportamientos abusivos no hubieran desaparecido, se debería desarrollar un programa de tratamiento específico orientado hacia el control de la agresión sexual (Marshall y Serran, 2004).

Guía de actuación

En los casos en los que se considera adecuado tratar directamente a la víctima, es conveniente intercalar ambas intervenciones (con el menor y con sus familiares). La secuenciación de los tratamientos va a venir marcada inevitablemente por las características y circunstancias propias de cada caso, así como por la toma de decisiones derivadas de la revelación.

Una propuesta de guía de actuación a nivel clínico figura en la tabla 4. Se trata de un programa terapéutico amplio y flexible. La amplitud del programa está en función de la cantidad de aspectos psicopatológicos generados por la situación

Tabla 4
Guía de tratamiento propuesta

<i>Intervención con los padres</i>	<i>Intervención con la víctima</i>
1ª sesión - Evaluar la situación de abuso, las consecuencias de la revelación y la reacción de la familia - Proporcionar pautas urgentes de actuación - Proponer un plan de intervención	
2ª sesión - Evaluar la afectación de los familiares y sus consecuencias para la víctima - Valorar la necesidad de tratamiento directo a la víctima	
3ª-4ª sesión - Asesoramiento psicoeducativo	1ª sesión - Establecer una relación terapéutica positiva - Plantear los objetivos generales de la intervención - Proporcionar pautas urgentes de actuación
5ª sesión - Evaluación psicológica	2ª-3ª sesión - Fase educativa-preventiva
6ª-12ª sesión - Intervención terapéutica	4ª sesión - Evaluación psicológica
	5ª-6ª sesión - Desahogo emocional - Elaboración cognitivo-emocional del abuso
	7ª-14ª sesión - Intervención sobre secuelas específicas
Sesiones conjuntas (terapia de pareja o de familia)	Sesiones conjuntas (terapia familiar)

de abuso, así como por las necesidades detectadas en las víctimas y sus familiares. Esta guía debe ser flexible y adaptable a las dificultades y a los objetivos clínicos marcados, de manera que se pueda aumentar o disminuir el número de sesiones o bien intensificar o prescindir de ciertos aspectos. Lo que se propone, como un formato estándar, es un programa de 12-20 semanas de duración, en el que en las 3 primeras sesiones se trabaja exclusivamente con los familiares y, a partir de ahí, en los casos precisos, se trata también a la víctima, sin dejar de hacerlo con los familiares, lo que supone, en estos casos, la existencia de 2 sesiones semanales (una para los familiares y otra para la víctima), según el esquema propuesto en la tabla. Hay ocasiones en las que es preciso complementar este programa con sesiones de terapia de pareja o de terapia familiar en función de las circunstancias del caso.

Del mismo modo, la edad del menor también va a condicionar la intervención, tanto por el tipo de sintomatología susceptible de tratamiento como por las estrategias y habilidades terapéuticas requeridas. Así, por ejemplo, las conductas objetivo de la intervención terapéutica son diversas en las diferentes fases evolutivas: las estrategias de negación y disociación en la etapa preescolar (3-6 años); los sentimientos de culpa y vergüenza en la etapa escolar (6-12 años); y las alteraciones de conducta en la adolescencia (consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual o aislamiento social) (12-18 años) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

En cuanto a las estrategias terapéuticas, la metodología debe adaptarse al nivel del desarrollo evolutivo del menor. Con niños más pequeños (o mayores discapacitados mentales) resultan especialmente útiles los dibujos, los juegos, la representación de papeles y los cuentos o materiales didácticos específicos. Con menores de mayor edad y mayores recursos cognitivos puede recurrirse a estrategias más verbales y elaboradas (discusión racional y reevaluación cognitiva, técnicas de autoexposición, relajación, control de la ira, etcétera).

Conclusiones

El abuso sexual no es, en sí, un cuadro clínico ni supone necesariamente su existencia (Ramírez y Fernández Parra, 2011). Cuando sí hay un trastorno, las propuestas terapéuticas para menores víctimas de abuso sexual infantil son muy variadas (terapia de procesamiento cognitivo, terapias dinámicas de juego, psicodrama o la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares rápidos), pero solo el enfoque cognitivo-conductual ha mostrado resultados terapéuticos eficaces, tanto con el menor como con la familia, para hacer frente a los síntomas postraumáticos y a los problemas de conducta (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon y Steer, 2010; Harvey y Taylor, 2010; Hetzel-Riggin *et al.*, 2007; Silverman *et al.*, 2008).

La intervención con víctimas de abuso sexual debe tener como objetivo prioritario garantizar la seguridad del menor y evitar la ocurrencia de nuevos sucesos, lo que implica actuar tanto sobre la víctima y sus familiares como sobre el abusador, en un programa que puede oscilar entre 8 y 20 sesiones. De este modo, la intervención con los menores se emplea, por regla general, en

conjunción con los esfuerzos para reformar al abusador y potenciar la capacidad de la familia para apoyar al menor (Corcoran y Pillai, 2008).

El tratamiento psicológico en el abuso sexual infantil debe ser integrador con respecto a las personas tratadas (el menor y los familiares) y las áreas abordadas (las cogniciones, las emociones y las conductas alteradas). A su vez, el tratamiento puede llevarse a cabo, a veces, de forma inmediata al suceso traumático, pero, en otras circunstancias, se rompe el pacto de silencio y se solicita ayuda tiempo después del abuso por diversos motivos (conciencia del alcance de lo ocurrido, problemas de conducta, intento de protección de hermanos menores, etcétera). Hay veces, incluso, en que la búsqueda de ayuda tiene lugar ya en la vida adulta, cuando la víctima se percata de las dificultades emocionales existentes, por ejemplo en el ámbito de la relación de pareja (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997; Taylor y Harvey, 2010).

Los ámbitos de intervención con las víctimas y sus familiares no se pueden plantear como compartimentos estancos o universales ni en cuanto a su contenido ni a su duración. No todos los casos requieren abordar todas las áreas ni estas hay que secuenciarlas de la misma manera. Una intervención de estas características ha de ser lo suficientemente flexible y adaptable a la idiosincrasia de cada víctima, a las características y circunstancias de la situación, así como a las necesidades específicas detectadas (por ejemplo, convivencia actual del agresor con el menor, mayor o menor gravedad del abuso, protección más o menos eficaz por parte de la madre, etcétera) (Vázquez Mezquita, 1995).

Hay veces en que la edad del menor o sus condiciones personales (una discapacidad mental, por ejemplo) no permiten la introducción de los componentes cognitivos del programa propuesto. En estos casos, además de la prevención de la revictimización, algunas intervenciones sencillas en el cuidado corporal, así como la realización de ejercicio físico y la implicación en actividades recreativas y sociales, facilitan la recuperación del menor y, al mismo tiempo, mejoran la imagen de uno mismo y estimulan la sensación de control.

Por último, un reto de futuro es contar con indicadores objetivos que permitan llevar a cabo una toma de decisiones adecuada entre las distintas alternativas posibles y no necesariamente excluyentes: el tratamiento de la víctima, la salida del agresor del hogar, la separación del menor de los padres, el apoyo social a la familia o la terapia del agresor. Otro reto importante es especificar el tipo de intervenciones dirigidas a niños preescolares, muy poco estudiadas hasta la fecha (Harvey y Taylor, 2010; Silverman *et al.*, 2008).

Referencias

- Cantón, J. y Cortés, M.R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.
- Cantón, J. y Cortés, M.R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.
- Cantón, D., y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20, 509-515.

- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F. y Cortés, M.R. (2011). Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés postraumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23, 66-73.
- Carrasco, M.J. (2002). *Disfunciones sexuales femeninas*. Madrid: Síntesis.
- Corcoran, J. y Pillai, V. (2008). A meta-analysis of parent-involved treatment for child sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, 18, 453-464.
- Cortés, M.R., Cantón-Cortés, D. y Cantón, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 41-56.
- Daigneault, I., Hébert, M. y Tourigny, M. (2006). Attributions and coping in sexually abused adolescents referred for group treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 35-59.
- Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Runyon, M. y Steer, R.A. (2010). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67-75.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 75-82.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15, 373-387.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2006). Abuso sexual de menores. En E. Baca, E. Echeburúa y J.M. Tamarit (dirs.), *Manual de victimología* (pp. 129-148). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E., Guerricaechevarría, C. y Amor, P.J. (2002). Indicaciones terapéuticas para los menores víctimas de abuso sexual. En M. Lameiras (dir.), *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico* (pp. 115-137). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Finkelhor, D. (2008). Efectos (Victimología infantil). En J. Sanmartín (dir.), *Violencia contra niños* (4ª ed., pp. 179-202). Barcelona: Ariel.
- Flanagan, R., Allen, K. y Henry, D.J. (2010). The impact of anger management treatment and rational emotive behavior therapy in a public school setting on social skills, anger management, and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 28, 87-99.
- Galiana, S. y De Marianas, H. (2000) Intervención psicológica en el abuso sexual. En J.A. Díaz, J.A., J. Casado, E. García, E., M.A. Ruiz, y J. Esteban (dirs.), *Atención al maltrato infantil desde Salud Mental* (pp. 87-90). Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Harvey, S.T. y Taylor, J.E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychological Review*, 30, 517-535.
- Hetzl-Riggin, M.D., Brausch, A.M. y Montgomery, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect*, 31, 125-141.
- Horno, P., Santos, A. y Molino, C. (2001). *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales*. Madrid: Save the Children España.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

- Macfie, J., Cicchetti, D. y Toth, S.L. (2001). Dissociation in maltreated versus non-maltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1253-1267.
- Marshall, W.L. y Serran, G.A. (2004). Tratamiento del agresor sexual. En J. Sanmartín (dir.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 309-319). Barcelona: Ariel.
- Mas, B. (1995). Trastorno de estrés postraumático: el abuso sexual infantil y su tratamiento. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (dirs.), *Psicopatología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson
- Mas, B. y Carrasco, M.A. (2005). Abuso sexual y maltrato infantil. En M.I. Comeche y M.A. Vallejo (dirs.), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (pp. 231-265). Madrid: Pirámide.
- Massip, J. y Garrido, E. (2007). *La evaluación del abuso sexual infantil. Análisis de la validez de las declaraciones del niño*. Sevilla: Eduforma.
- Pereda, N., Guilera, G., Forn, M y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol y Jiménez Padilla, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 131-139.
- Ramírez, C. y Fernández Parra, A. (2011). Abuso sexual infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 7-39.
- Silverman, W.K., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B.J., Kolko, D.J., Putnam, F.W. y Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent exposed to traumatic events: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 1-7.
- Taylor, J.E. y Harvey, S.T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychological Review*, 30, 749-767.
- Vázquez Mezquita, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez Mezquita, B. (dir.) (2004). *Abuso sexual infantil. Evaluación de la credibilidad del testimonio*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

RECIBIDO: 11 de febrero de 2011

ACEPTADO: 17 de junio de 2011