

# **CONCEPTO, FACTORES DE RIESGO Y EFECTOS PSICOPATOLÓGICOS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL**

**ENRIQUE ECHEBURÚA y CRISTINA GUERRICAECHVARRÍA**

[Este texto corresponde al capítulo 4 del libro "*Violencia contra los niños*" de José Sanmartín, Barcelona, Ariel, 3ª edición, 2005, pp. 86-112.

## **1. Introducción**

El abuso sexual se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas (al menos, una de ellas, menor), entre las que existe una situación de desigualdad -ya sea por razones de edad o de poder- y en la que el menor es utilizado para la estimulación sexual de la otra persona. 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 coacción -explícita o implícita- (López, 1997; Sosa y Capafons, 1996). No deja por ello de ser significativo que el 20 por ciento del abuso sexual infantil esté provocado por otros menores.

Las conductas abusivas incluyen un contacto físico (genital, anal o bucal), o suponen una utilización del menor como objeto de estimulación sexual del agresor (exhibicionismo o *voyeurismo*), o incluso de terceras personas, como cuando se utiliza a un niño para la producción de pornografía (Madansky, 1996).

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 (Nogueral, 1997). Según el informe de Finkelhor, Hotaling, Lewis y Smith (1990) -primera encuesta nacional de Estados Unidos, llevada a cabo en adultos, sobre la historia de abuso sexual-, un 27 por ciento de las mujeres y un 16 por ciento de los hombres reconocían, retrospectivamente, haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. En España, la frecuencia de los abusos, al menos en un sentido muy amplio del término, puede afectar al 20 por ciento de la población (23 por ciento de chicas y 15 por ciento de chicos). Al margen de esta tasa de prevalencia-ya de por sí muy alta-, en el 44 por ciento de los casos el abuso no se ha limitado a un acto aislado (López, 1995, 1997).

Las víctimas suelen ser más frecuentemente mujeres (58,9 por ciento) que hombres (40,1 por ciento) y están situadas en una franja de edad entre los 6 y 12 años, aunque predomina 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 (pedofilia), con una edad de inicio posterior (11-12 años) (Vázquez Mezquita y Calle, 1997). Los agresores son, generalmente, varones de mediana edad, y con frecuencia resultan ser familiares o conocidos del niño (Madansky, 1996).

No hay una correspondencia directa entre el concepto psicológico y el jurídico de abuso sexual. En primer lugar, el concepto psicológico -y hasta coloquial- de abuso sexual se refiere al ámbito de menores. Sin embargo, en el nuevo Código Penal esta figura delictiva se limita a aquellos actos no consentidos que, sin violencia ni intimidación, atentan contra la libertad sexual de una persona, sea ésta mayor o menor y en segundo lugar, aunque en la nueva definición del Código Penal se han ampliado las conductas punibles al abuso de autoridad y al engaño, se dejan sin recoger otras formas de presión más sutiles a través de las cuales puede conseguirse el consentimiento de la víctima y que, sin embargo, pueden producir unas consecuencias psicológicas tan negativas como cuando hay una coacción explícita (Climent y Pastor, 1996; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998).

## **2. Características descriptivas**

### **2.1. TIPOS DE ABUSOS**

No está de más señalar que ni todos los abusos son iguales ni afectan de la misma manera a la integridad psicológica de la víctima (Vázquez Mezquita y Calle, 1997). En cuanto al agresor, en unos casos 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 por ciento del total (Elliott, Browne y Kilcoyne, 1995) y que son las situaciones más duraderas, no suelen darse conductas violentas asociadas.

La situación incestuosa habitual suele ser la siguiente: un comienzo con caricias; un paso posterior a la masturbación y al contacto bucogenital, y, sólo en algunos casos, una evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío (cuando la niña alcanza la pubertad). Al no haber huellas fácilmente identificables, los abusos sexuales en niños pueden quedar más fácilmente impunes (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995).

Si bien no más del 20 por ciento de los casos denunciados de incesto hacen referencia a los contactos padre-hija, éstos son los más traumáticos por lo que suponen de disolución de los vínculos familiares más básicos (Herman, Russell y Trocki, 1981). El incesto entre padrastro e hija da cuenta del 15-20 por ciento de los casos. El 65 por ciento restante implica a hermanos, tíos, hermanastros, abuelos y novios que viven en el mismo hogar (McCarthy, 1992). 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 (Lawson, 1993).

En otros casos los agresores son desconocidos. Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o amenazas de ellas, al menos en un 10-15 por ciento de los casos (Lanyon, 1986). 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 habitualmente no ofrecen resistencia y tienen dificultades -tanto mayores cuanto más pequeños son- para identificar a los agresores.

En 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, etcétera), 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 (Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995). La penetración, cuando tiene lugar en niños muy pequeños, suele resultar traumática por la desproporción anatómica entre 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 por ciento 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 destrozarse 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 del matrimonio y de la familia y el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales.

A veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido. Lo que la puede llevar al silencio, en algunos casos, es el pánico al marido, el miedo a perderlo 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 de los primeros incidentes (meses o años) (Vázquez Mezquita y Calle, 1997). Habitualmente, según Sorensen y Snow (1991), el proceso de revelación por parte del menor suele seguir cuatro momentos progresivos: a) fase de negación; b) fase de revelación, al principio mediante un reconocimiento vago o parcial; al final, mediante la admisión explícita de la actividad sexual abusiva; c) fase de retractación, en la que el niño puede desdecirse de lo dicho por la presión familiar o por la percepción del alcance de la revelación, y d) fase de reafirmación, en la que, tras una distancia temporal, el menor vuelve a sostener la afirmación anterior acerca del abuso experimentado.

En realidad, sólo en el 50 por ciento de los casos los niños revelan el abuso: únicamente el 15 por ciento se denuncia a las autoridades, y tan sólo el 5 por ciento se encuentran envueltos en procesos judiciales. Al contar los menores con muchas limitaciones para denunciar los abusos sexuales y no presentar habitualmente manifestaciones físicas inequívocas (debido al tipo de conductas sexuales realizadas: caricias, masturbaciones, etc.), en los últimos años ha habido un interés creciente por la detección de los diferentes signos de sospecha (Arruabarrena, De Paúl y Torres, 1996; Calvo y Calvo, 1997; Noguerol, 1997; Vázquez Mezquita, 1995; Pérez Conchillo y Borrás, 1996). Un resumen de los indicadores más estudiados se encuentra recogido en la tabla 4.1.

Son probablemente los indicadores sexuales los que más están relacionados con la experiencia traumática (Noguerol, 1997). En todo caso, los indicadores deben valorarse de forma global y conjunta, ya que no se puede establecer una relación directa entre un solo síntoma y el abuso (Soria y Hernández, 1994). De hecho, lo más útil puede ser estar pendientes de los cambios bruscos que tienen lugar en la vida del niño (López, 1995).

TABLA 4.1. *Indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual en los menores víctimas de abuso (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998)*

<i>Indicadores físicos</i>	<i>Indicadores comportamentales</i>	<i>Indicadores en la esfera sexual</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.</li> <li>- Cérvix o vulva hinchadas o rojas.</li> <li>- Semen en la boca, en los genitales o en la ropa.</li> <li>- Ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada.</li> <li>- Enfermedades de transmisión sexual en genitales, ano, boca u ojos.</li> <li>- Dificultad para andar o sentarse.</li> <li>- Enuresis o encopresis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de apetito.</li> <li>- Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas.</li> <li>- Miedo a estar sola, a los hombres o a un determinado miembro de la familia.</li> <li>- Rechazo al padre o a la madre de forma repentina.</li> <li>- Cambios bruscos de conducta.</li> <li>- Resistencia a desnudarse y bañarse.</li> <li>- Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales.</li> <li>- Problemas escolares o rechazo a la escuela.</li> <li>- Fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama).</li> <li>- Tendencia al secretismo.</li> <li>- Agresividad, fugas o acciones delictivas.</li> <li>- Autolesiones o intentos de suicidio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico.</li> <li>- Conductas seductoras, especialmente en niñas.</li> <li>- Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad.</li> <li>- Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos.</li> <li>- Agresión sexual de un menor hacia otros menores.</li> <li>- Confusión sobre la orientación sexual.</li> </ul>

### 3. Situaciones de alto riesgo

Al hablar de situaciones o factores de riesgo se hace referencia a circunstancias de diverso tipo que favorecen que el menor sea víctima de abuso sexual. No se trata, por tanto, de establecer una relación directa de causa-efecto, sino meramente una asociación probabilística. El hecho de que un niño se encuentre en una situación de alto riesgo significa simplemente que tiene una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales (Finkelhor y Asdigian, 1996).

Por un lado, el hecho de ser niña (mujer) es una de las circunstancias que tradicionalmente se ha considerado como de alto riesgo. Los diferentes estudios coinciden en señalar la mayor incidencia de abusos sexuales a niñas (de 2 a 3 niñas por cada niño), especialmente en los casos de abuso sexual intrafamiliar. Esta asociación puede deberse principalmente al hecho de que la mayoría de los agresores son varones predominantemente heterosexuales (Gil, 1997; Vázquez Mezquita y Calle, 1997).

Por otra parte, las edades de mayor riesgo son las comprendidas entre los seis y siete años, por un lado, y los diez y doce, por otro (Finkelhor, 1993). Parece que más del doble de los casos de abusos sexuales a menores se dan en la prepubertad. Se trata de una etapa en la que comienzan a aparecer las muestras del desarrollo sexual, pero los menores siguen siendo aún niños y pueden ser fácilmente dominados (López, 1989; Pérez Conchillo y Borrás, 1996).

Respecto a las características del propio menor, los niños con mayor riesgo de convertirse en víctima de abusos sexuales son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y minusvalías físicas y psíquicas (Madansky, 1996). Según Pérez y Borrás (1996), son también sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, ya que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un sentimiento de culpa.

En realidad, en lo que se refiere a determinadas situaciones familiares, los niños víctimas de malos tratos -en cualquiera de sus formas- son más fácilmente susceptibles de convertirse en objeto de abusos sexuales. El incumplimiento de las funciones parentales, así como el abandono y rechazo físico y emocional del niño por parte de sus cuidadores, propician que éstos sean manipulados más fácilmente con ofrecimientos interesados de afecto, atención y recompensas a cambio de sexo y secreto (Vázquez Mezquita, 1995). La ausencia de los padres biológicos, la incapacidad o enfermedad de la madre, el trabajo de ésta fuera del hogar y los problemas de la pareja (peleas, malos tratos, separaciones o divorcios), sobre todo cuando vienen acompañados de interrupción de la relación sexual, constituyen factores de riesgo que aumentan las posibilidades de victimización (López, 1995). Son asimismo familias de alto riesgo las constituidas por padres dominantes y violentos, así como las formadas por madres maltratadas (Arruabarrena y otros, 1996; Mas, 1995; Vázquez Mezquita, 1995; Cortés y Cantón, 1997) (tabla 4.2).

#### **4. Consecuencias psicopatológicas del abuso**

##### **4.1. MODELOS EXPLICATIVOS**

Los efectos del abuso sexual se han intentado explicar desde el modelo del trastorno de estrés postraumático (Wolfe, Sas y Wekede, 1994). En realidad, el abuso sexual en la infancia cumple los requisitos de «trauma» exigidos por el DSM-IV para el diagnóstico de este cuadro clínico y genera, al menos en una mayoría de las víctimas, los síntomas característicos de dicho trastorno: pensamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con la agresión, trastornos del sueño, irritabilidad y dificultades en la concentración. El trastorno incluye, además, miedo, ansiedad, depresión y sentimientos de culpa. A diferencia de los adultos, en la infancia este cuadro clínico puede adoptar la forma de un comportamiento desestructurado o agitado y presentarse con síntomas físicos (dolores de estómago, jaquecas, etc.) (Echeburúa y otros, 1995). Este cuadro clínico se manifiesta si el trauma permanece en la memoria activa del niño, en función de un inadecuado procesamiento de la información, y no se utilizan los mecanismos cognitivos adecuados para superarlo (Hartman y Burgess, 1989, 1993).

Entre las ventajas de este modelo destacan el facilitar una descripción operativa de los síntomas derivados del abuso, así como el permitir un diagnóstico que todos los profesionales pueden entender (López, Hernández y Carpintero, 1995).

Sin embargo, según Finkelhor (1988), Boney-McCoy y Finkelhor (1996) y Vázquez Mezquita y Calle (1997), este modelo presenta algunas limitaciones en el ámbito del abuso sexual infantil: sólo se puede aplicar a algunas víctimas, no permite explicar de una forma clara la relación existente entre el suceso traumático y el cuadro clínico, al no referirse este modelo explícitamente a las fases del desarrollo, y, por último, no recoge todos los síntomas, especialmente los relacionados con las dimensiones cognitivas y atencionales (por ejemplo, la tendencia a hacer atribuciones negativas u hostiles). De hecho, el miedo (al futuro o derivado de las amenazas), la depresión, la culpa (referida a la desunión familiar generada por la revelación del secreto), los problemas sexuales, así como un estado de confusión y las distorsiones en las creencias sobre sí mismos y los demás, son las secuelas que aparecen con mayor frecuencia en este tipo de víctimas.

Por ello, Finkelhor (1988) propone, a modo de alternativa, el modelo traumatogénico, que es más específico y según el cual las razones explicativas del impacto psicológico son las siguientes: sexualización traumática, pérdida de confianza, indefensión y estigmatización. Estas cuatro variables constituyen la causa principal del trauma al distorsionar el autoconcepto, la visión sobre el mundo y las capacidades afectivas de la víctima. Estos factores se relacionan, a su vez, con el desarrollo por parte del niño de un estilo de afrontamiento inadecuado y con el surgimiento de problemas de conducta (Finkelhor, 1997; López, 1993; Cortés y Cantón, 1997).

a) La sexualización traumática hace referencia a la interferencia del abuso en el desarrollo sexual normal del niño. Éste aprende a usar determinadas conductas sexuales como estrategia, para obtener beneficios o manipular a los demás, adquiere aprendizajes deformados de la importancia y significado de determinadas conductas sexuales, así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral

sexual.

b) La pérdida de confianza puede no sólo centrarse en la relación con el agresor, sino generalizarse a las relaciones con el resto de la familia por no haber logrado librar a la víctima de estas experiencias e incluso ampliarse a otras personas.

c) La estigmatización es sentida como culpa, vergüenza, pérdida de valor, etc. Esta serie de connotaciones negativas se incorporan a la autoimagen del niño.

d) El sentimiento de indefensión se traduce en una creencia en el niño de no saber cómo reaccionar ante las situaciones y de tener poco control sobre sí mismo y sobre cuanto le sucede. Todo ello crea en la víctima una sensación de impotencia y un temor de lo que le pueda suceder en el futuro, provocando actitudes pasivas, poco asertivas y de retraimiento.

#### 4.2. CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL EN CURSO

La mayoría de los niños que han sufrido abuso sexual se muestran afectados por la experiencia y su malestar suele continuar en la edad adulta si no reciben un tratamiento psicológico adecuado (Jumper, 1995). 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.

Solamente un 20-30 por ciento de las víctimas permanecen estables emocionalmente después de la agresión (Finkelhor, 1986; López, 1992). Entre el 17 y el 40 por ciento sufren cuadros clínicos establecidos, y el resto experimenta síntomas de uno u otro tipo.

Los diferentes estudios realizados con víctimas de abusos sexuales (López, 1992; Kendall- Tackett, Williams y Finkelhor, 1993) coinciden, en su gran mayoría, a la hora de señalar los principales efectos inmediatos. Un resumen de estos síntomas aparece recogido en la tabla 4.3. En ella se señalan las secuelas más comunes, así como el período evolutivo (infancia o adolescencia) en que aparecen.

El alcance de las consecuencias 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, y 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), debido a que cuentan con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación y disociación. En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa 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 conductas -como huir de casa, el consumo abusivo de alcohol y drogas e incluso el intento de suicidio.

#### 4.3. CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL

Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes y claros que las secuelas iniciales (López y otros, 1995). Sin embargo, la victimización infantil constituye un factor de riesgo importante de desarrollo psicopatológico en la edad adulta (Barsky, Wool, Barnett y Cleary, 1994). Según el estudio de Herman y otros (1986) con 205 mujeres con historia de incesto, el 50 por ciento de las víctimas consideraba que el abuso había tenido un efecto negativo en su desarrollo y, de hecho, el 77,6 por ciento mostraba algún síntoma clínico. Los síntomas disociativos -y, en concreto, la amnesia psicógena- son relativamente frecuentes, tanto más cuanto más pequeño es el niño en el inicio del abuso (Vázquez Mezquita y Calle, 1997).

Según el estudio de Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua (1997), llevado a cabo en el Centro de Asistencia Psicológica a Víctimas de Agresiones Sexuales de Vizcaya, las víctimas adultas de abuso sexual en la infancia presentan un perfil psicopatológico similar al de las víctimas recientes de

violación en la vida adulta, sin que haya diferencias en el trastorno de estrés postraumático ni en el resto de las variables psicopatológicas (ansiedad, miedos, depresión e inadaptación) (tabla 4.4). De hecho, el tratamiento utilizado en este estudio para uno y otro tipo de víctimas es el mismo.

En la tabla 4.5 se presenta un resumen de los principales efectos negativos en la vida adulta de las personas que padecieron abusos sexuales en la infancia o en la adolescencia, si bien no todas presentan todos los síntomas citados.

En la actualidad, la información 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-problemas 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). Sin embargo, ni siquiera estos aspectos, que aparecen con relativa frecuencia, constituyen un fenómeno universal (Noguerol, 1997).

La mayor vulnerabilidad de un adulto víctima de abuso sexual en la infancia al trastorno de estrés postraumático va a depender del número de traumas previos, de la existencia de malos tratos en la infancia y de la presencia de trastornos de personalidad (obsesivo-compulsiva y evitativa, especialmente) (Vicente, Diéguez, De la Hera, Ochoa y Grau, 1995). Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la duración prolongada de la exposición a los estímulos traumáticos, la intensidad alta de los síntomas experimentados y la presencia de disociación peritraumática, es decir de síntomas disociativos (amnesia psicógena, especialmente) en las horas y días posteriores al suceso (Griffin, Resick y Mechanic, 1997).

De hecho, 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 se enfrenta a otras situaciones adversas, 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.). De no haber estas circunstancias adversas, aun habiendo sufrido en la infancia abuso sexual, no habría problemas psicopatológicos actualmente (Finkelhor, 1997).

TABLA 4.2. *Características del abusador y de la familia en que se produce el abuso sexual*

<i>Características del abusador</i>	<i>Características de la familia</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extremadamente protector o celoso del niño.</li> <li>- Víctima de abuso sexual en la infancia.</li> <li>- Dificultades en la relación de pareja.</li> <li>- Aislado socialmente.</li> <li>- Abuso de drogas o alcohol.</li> <li>- Frecuentemente ausente del hogar.</li> <li>- Con baja autoestima o con problemas psicopatológicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familias monoparentales o reconstituidas.</li> <li>- Familias caóticas y desestructuradas.</li> <li>- Madre frecuentemente enferma o ausente.</li> <li>- Madre emocionalmente poco accesible.</li> <li>- Madre con un historial de abuso sexual infantil.</li> <li>- Problemas de hacinamiento.</li> <li>- Hijas mayores que asumen las responsabilidades de la familia.</li> </ul>

## 5. Factores mediadores de los efectos del abuso sexual infantil

A modo de resumen de lo señalado en el apartado anterior se puede concluir que un 70 por ciento

de las víctimas de agresiones sexuales en la infancia presenta un cuadro clínico a corto plazo y que este porcentaje disminuye hasta un 30 por ciento si se toman en consideración las repercusiones a largo plazo (Gilham, 1991; Mullen, Martin, Anderson, Romans y Herbison, 1994).

Al no ser despreciable el número de personas que no quedan afectadas por este tipo de abusos, especialmente a largo plazo, conviene determinar qué factores resultan amortiguadores del impacto del abuso sexual en el desarrollo emocional posterior. No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni todas las experiencias comparten las mismas características (Slusser, 1995). Del mismo modo, también existen diferencias en las consecuencias propias de la revelación del abuso. Por tanto, al hablar de los factores que modulan el impacto de la agresión sexual se deben distinguir al menos cuatro grupos de variables: el perfil individual de la víctima, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia o no de violencia o amenazas, cronicidad, etc.), la relación existente con el abusador, y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso.

En lo que se refiere al perfil individual de la víctima, quedan aún muchas incógnitas por resolver. Por ejemplo, en cuanto a la edad hay divergencias notables: en algunos estudios, cuanto más joven es el niño, más vulnerable resulta frente a la experiencia de abusos y mayor es la probabilidad de desarrollar síntomas disociativos (Bagley y Ramsay, 1986; Rowan, Foy, Rodríguez y Ryan, 1994); en otros, por el contrario, es precisamente la ingenuidad y la falta de entendimiento fruto de su corta edad lo que protege al niño pequeño y favorece que el impacto sea menor (Bendixen, Muus y Schei, 1994; Murphy, Kilpatrick, Amick-McMullan, Veronen, Paduhovich, Best, Villeponteauz y Saunders, 1988). 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 para resistirse frente a ella. Por ello, no es fácil resolver esta cuestión sin poner en relación la edad del niño con otras variables relevantes, como la identidad del agresor o la cronicidad o intensidad del abuso.

Por otra parte, respecto al sexo de la víctima, los estudios realizados hasta el momento no han permitido tampoco llegar a una conclusión definitiva acerca de si los niños y las niñas se diferencian en la gravedad o en el tipo de sintomatología experimentada. Lo que sí ha mostrado tener importancia en el impacto psicológico de la víctima ha sido el funcionamiento de la familia: un ambiente familiar disfuncional, caracterizado por la conflictividad y la falta de cohesión, puede aumentar la vulnerabilidad del niño a la continuidad del abuso y a las secuelas psicológicas derivadas del mismo (Cortés y Cantón, 1997).

En lo que respecta a las características del acto abusivo, los resultados de las investigaciones son concluyentes: la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de fuerza y de amenazas o de la existencia de una violación propiamente dicha (penetración vaginal, anal o bucal). 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, lo que importa no es tanto el grado de parentesco que pueda existir entre ambos, sino el nivel de intimidad emocional existente. De esta forma, cuanto mayor sea el grado de intimidad, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia o se ve obligada a abandonar el hogar. Por otro lado, en lo que se refiere a la edad del agresor, los abusos sexuales cometidos por adolescentes resultan, en general, menos traumatizantes para las víctimas que los efectuados por adultos (Cortés y Cantón, 1997). 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 por parte de la madre, es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación (Dubowitz, Black, Harrington y Verschoore, 1993; Spaccarelli y Kim, 1995). Pero no siempre ocurre así. En general, los niños más pequeños son creídos más fácilmente y cuentan, por ello, con mayor grado de apoyo. 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 revelación temprana y una inadecuada respuesta del entorno del menor, en función del impacto provocado por el descubrimiento del abuso, ensombrecen el proceso de recuperación. La evolución psicológica negativa de la víctima, que afecta especialmente a la autoestima, va a depender de diversas variables: las dudas suscitadas por el testimonio; la significación afectiva de la persona que no le cree, y la falta de apoyo emocional y social. 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, y de miedo y ansiedad pueden afectar a los padres de tal manera que se muestran incapaces de proteger al niño adecuadamente y, en los casos más graves, pueden llegar incluso a culpado 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 salida de la víctima del hogar (única vía a veces para garantizar su seguridad, pero que supone un coste emocional y de adaptación importante) y la implicación en un proceso judicial (con las posibles consecuencias penales para el abusador) son algunas de estas situaciones. Respecto al último punto señalado, los juicios largos, las testificaciones reiteradas y los testimonios puestos en entredicho suponen una victimización secundaria y ofrecen un peor pronóstico.

Por el contrario, una buena adaptación escolar (en el ámbito académico, social o deportivo) y unas relaciones adecuadas con el padre en la infancia o con los chicos en la adolescencia, así como el apoyo de unas amigas íntimas y de una pareja apropiada (incluso de un trabajo gratificante), tienen un efecto positivo sobre la autoestima y contribuyen a amortiguar el impacto de la victimización al constituirse en factores de protección.

TABLA 4.3. Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998)

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

TABLA 4.4. *Medias (y desviaciones típicas) del trastorno de estrés postraumático y de las demás variables psicopatológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia y en víctimas recientes de agresiones sexuales en la vida adulta (Echeburúa y otros, 1997)*

	Grupo A * (N = 9)	Grupo B** (N = 11)	T
	X (DT)	X (DT)	
Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Rango: 0-51)	33,00 (4,63)	32,18 (5,43)	0,35 (NS)
Depresión (BDI) (Rango: 0-63)	23,38 (7,59)	20,45 (9,11)	0,90 (NS)
Ansiedad (STAI-E) (Rango: 0-60)	44,5(10,12)	46,75 (5,84)	0,60 (NS)
Miedos (MSF-III) (Rango: 45-225)	125,88 (23,97)	123,54 (29,63)	0,19 (NS)
Inadaptación global (Escala de adaptación) (Rango: 1-6)	5,33 (0,86)	4,72 (1,01)	1,42 (NS)

\* Víctimas de abuso sexual en la infancia.

\*\* Víctimas de violación en la edad adulta.

TABLA 4.5. *Principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998)*

Tipos de secuelas	Síntomas
<i>Físicas</i>	- Dolores crónicos generales - Hipocondría y trastornos de somatización - Alteraciones del sueño (pesadillas) - Problemas gastrointestinales - Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
<i>Conductuales</i>	- Intentos de suicidio - Consumo de drogas y/o alcohol - Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple)
<i>Sexuales</i>	- 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
<i>Sociales</i>	- Problemas en las relaciones interpersonales - Aislamiento - Dificultades en la educación de los hijos

## 6. Conclusiones

El abuso sexual infantil puede llegar a afectar a un 15-20 por ciento de la población, lo que supone un problema social importante y que afecta a uno y otro sexo. Los menores no son, sin embargo, sólo víctimas de las agresiones sexuales, sino que también pueden ser agresores. De hecho, el 20 por ciento de este tipo de delitos está causado por otros menores (López, 1997).

Las consecuencias de la victimización a corto plazo son, en general, devastadoras para el funcionamiento psicológico de la víctima, sobre todo cuando el agresor es un miembro de la misma familia. 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 inadaptativos en la vida adulta. No deja de ser significativo que un 25 por ciento de los niños sometidos a abusos sexuales 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.

No obstante, las secuelas del abuso sexual son similares a las de otro tipo de victimizaciones. De este modo, más que respuestas específicas a traumas específicos, los diferentes tipos de victimización (castigo físico, abuso sexual, abandono emocional, etc.) pueden dar lugar a síntomas y pautas de conductas similares en niños de la misma edad (Finkelhor, 1997). El único síntoma que diferencia a los niños de quien se ha abusado sexualmente es una conducta sexual inapropiada.

Desde la perspectiva de la evaluación, el diagnóstico precoz, por un lado, tiene una enorme importancia para impedir la continuación del abuso sexual, con las consecuencias que ello implica para el desarrollo del niño, lo cual no siempre es fácil porque los hallazgos físicos en el niño abusado pueden presentar una extraordinaria variabilidad (Calvo y Calvo, 1997). Por otro, el análisis de la validez del testimonio desempeña un papel fundamental. Las implicaciones legales y familiares de este problema, así como la corta edad de muchas de las víctimas implicadas, requieren una evaluación cuidadosa, en donde se analicen con detalle -y mediante procedimientos múltiples- la capacidad de fabulación y los fenómenos de simulación y de disimulación. Se echa en falta una mayor finura en los procedimientos de diagnóstico actualmente disponibles (Echeburúa, Guerricaechevarría y Vega-Osés, 1998).

Por último, un reto para el futuro lo constituye el hecho de ahondar en el conocimiento de los aspectos abordados en este trabajo (es decir, las consecuencias psicopatológicas del abuso sexual y el papel mediador de los factores de vulnerabilidad y de protección). Sólo de este modo se puede abordar 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, la terapia del agresor, etc. De hecho, no todas las víctimas requieren ser tratadas directamente. La terapia puede implicar, al menos en algunos casos, una segunda victimización y en el caso de que sea necesaria, quedan aún por clarificar el momento adecuado de la misma y el establecimiento de un protocolo de tratamiento adaptado a la edad y a las necesidades específicas de cada víctima. Afortunadamente, ya se han comenzado a dar los primeros pasos en esta dirección (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998).

## Referencias bibliográficas

- Arruabarrena, I.; De Paúl, J. y Torres, B. (1996): *El maltrato infantil: detección, notificación, investigación Y evaluación*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales (2.a ed.).
- Bagley, C. y Ramsay, R. (1986): «Sexual abuse in childhood: psychosocial outcomes and implications for social work practice», *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 4, pp. 33-47.
- Barsky, A. J.; Wool, C.; Barnett, M. C. y Cleary, P. D. (1994): «Histories of childhood trauma in adult

hypocondriac patients», *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 1315-1324.

Bendixen. M.; Muus, K. M. y Schei, B. (1994): «The impact of child sexual abuse. A study of a random sample of Norwegian students», *Child Abuse and Neglect*, 18, pp. 837-847.

Boney-McCoy, S. y Finkelhor, D. (1996): «Is youth victimization related to PTSD and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, pp. 1406-1416.

Calvo, J. y Calvo, J. R. (1997): «Aspectos físicos del abuso sexual», en J. Casado; J. A. Díaz y C. Martínez (eds.), *Niños maltratados*, Madrid, Díaz de Santos.

Climent, C. y Pastor, F. (1996): *El nuevo y el viejo código penal comparados por artículos*, Valencia, Editorial General de Derecho.

Cortés, M. R. y Cantón, J. D. (1997): «Consecuencias del abuso sexual infantil», en J. D. Cantón y M. R. Cortés, *Malos tratos y abuso sexual infantil*, Madrid, Siglo XXI.

Dubowitz, H.; Black, M.; Harrington, D. y Verschoore, A. (1993): «A follow-up study of behavior problems associated with child sexual abuse», *Child Abuse and Neglect*, 17, pp. 743-754.

Echeburúa, E.; Corral, P.; Zubizarreta, I. y Sarasua, R (1995): *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*, La Coruña, Fundación Paideia.

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, pp. 433-456.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C: (1998): «Abuso sexual», en M. A. Vallejo (dir.), *Manual de terapia de conducta*, Madrid, Dykinson, vol. 2°.

Echeburúa, E.; Guerricaechevarría, C. y Vega-Osés, A. (1998, en prensa): «Evaluación de la validez del testimonio de víctimas de abuso sexual en la infancia», *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*.

Elliott, M.; Browne, K. y Kilcoyne, J. (1995): «Child sexual abuse prevention: What offenders tell us», *Child Abuse and Neglect*, 19, pp. 579-594.

Finkelhor, D. (1986): *A sourcebook on child sexual abuse*, Beverly Hills, Sage.

- (1988): «The trauma of child sexual abuse: Two models», en G. E. Wyatt y G. J. Powell (eds.), *Lasting effects of child sexual abuse*, Newbury Park, CA, Sage.

- (1993): «Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. Special issue: Clinical recognition of sexually abused children», *Child Abuse and Neglect*, 17, pp. 67-70.

- (1997): «The victimization of children and youth: Developmental victimology», en R. C. Davis; A. J. Lurigio y W. G. Skogan (eds.), *Victims of crime*, Thousand Oaks, CA, Sage.

Finkelhor, D. y Asdigian, N. L. (1996): «Risk factors for youth victimization: Beyond a lifestyles theoretical approach», *Violence and Victims*, 11, pp. 3-20.

Finkelhor, D.; Hotaling, G.; Lewis, I. A. Y Smith, C. (1990): «Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors», *Child abuse and Neglect*, 14, pp. 19-28.

Gil, A. (1997): «Los delincuentes sexuales en las prisiones», en M. Lameiras y A. López (eds.), *Sexualidad y salud*, Santiago de Compostela, Tórculo.

Gilham, B. (1991): *The facts about child sexual abuse*, Londres, Cassel Educational.

Hartman, C. R. y Burgess, A. W. (1989): «Sexual abuse of children: causes and consequences», en D. Cicchetti y V. Carlson (eds.), *Child maltreatment: theory and research on the cause and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge, Cambridge University Press.

Hartman, C. R. y Burgess, A. W. (1993): «Information processing of trauma», *Child Abuse and Neglect*, 17, pp. 47-58.

Herman, J.; Russell, D. y Trocki, K. (1986): «Long-term effects of incestuous abuse in childhood», *American Journal of Psychiatry*, 143, pp. 1293-1296.

Jumper, S. A. (1995): «A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment», *Child Abuse and Neglect*, 19, p. 715-728.

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

Lanyon, R. I. (1986): «Theory and treatment in child molestation», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, pp. 176-182.

Lawson, C. (1993): «Mother-son sexual abuse: rare or underreported? A critique of the research», *Child Abuse and Neglect*, 17, pp. 261-269,

López, F. (1989): «Los abusos sexuales a menores», *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 10, pp. 7-15.

- (1992): *Abuso sexual de menores*, Madrid, Dirección General de Protección Jurídica del Menor.

-(1993): «La intervención educativa y terapéutica en los casos de abusos sexuales de menores», en J. F. Navarro, A. y F. J. Bustamante (eds.), *Ensayos y conferencias sobre prevención e intervención en salud mental*, Salamanca, Junta de Castilla y León.

- (1995): *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*, Salamanca, Amarú.

- (1997): «Abuso sexual: un problema desconocido», en J. Casado; J. A. Díaz y C. Martínez (eds.), *Niños maltratados*, Madrid, Díaz de Santos.

López, F.; Hernández, A. y Carpintero, E. (1995): «Los abusos sexuales de menores: Concepto, prevalencia y efectos», *Infancia y Aprendizaje*, 71, pp. 77-98.

MacCarthy, B. W. (1992): «Acercamiento cognitivo-conductual al tratamiento de familias incestuosas», en S. M. Stith; M. B. Williams y K. Rasen (eds.), *Psicosociología de la violencia en el hogar*, Bilbao, Descleé de Brower.

Madansky, D. (1996): «Abusos sexuales», en S. Parkery B. Zuckerman (eds.), *Pediatría del comportamiento y del desarrollo*, Barcelona, Masson.

- Mas, B. (1995): «Trastorno de estrés postraumático: el abuso sexual infantil y su tratamiento», en J. M. Buceta y A. M. Bueno (eds.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*, Madrid, Dykinson.
- Mullen, P. E.; Martin, J.; Anderson, J. c.; Romans, S. E. y Herbison, G. P. (1994): «The effect of child abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life», *British Journal of Psychiatry*, 165, pp. 35-47.
- Murphy, S. M.; Kilpatrick, D. G.; Amick-Mcmullan, A.; Veronen, L. J.; Paduhovich, J.; Best, C. L.; Villeponteau, L. A. Y Saunders, B. E. (1988): «Current psychological functioning of child sexual assault survivors», *Journal of Interpersonal Violence*, 3, pp. 55-79.
- Noguerol, V. (1997): «Aspectos psicológicos del abuso sexual infantil», en J. Casado; J. A. Díaz y C. Martínez (eds.), *Niños maltratados*, Madrid, Díaz de Santos.
- Pérez Conchillo, M. y Borrás, J. J. (1996): *Sexo a la fuerza*, Madrid, Aguilar.
- Rowan, A. B.; Foy, D. W.; Rodríguez, N. y Ryan, S. (1994): «Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children», *Child Abuse and Neglect*, 18, pp. 51-61.
- Saldaña, D.; Jiménez, J. y Oliva, A. (1995): «El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores», *Infancia y Aprendizaje*, 71, pp. 59-68.
- Slusser, M. M. (1995): «Manifestations of sexual abuse in preschool aged children», *Issues in Mental Health Nursing*, 16, pp. 481-491.
- Sorensen, T. y Snow, B. (1991): «How children tell: The process of disclosure in child sexual abuse», *Child Welfare*, 70, pp. 3-15.
- Soria, M. A. Y Hernández, J. A. (1994): *El agresor y su víctima*, Barcelona, Editorial Boixareu Universitaria.
- Sosa, C. D. y Capafons, J. L. (1996): «Abuso sexual en niños y adolescentes», en J. Buendía (ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes*, Madrid, Pirámide.
- Spaccarelli, S. y Kim, S. (1995): «Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls», *Child Abuse and Neglect*, 19, pp. 1171-1182.
- Vázquez Mezquita, B. (1995): *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*, Madrid, Siglo XXI.
- Vázquez Mezquita, B. y Calle, M. (1997): «Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados», *Revista de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1, pp. 14-29.
- Vicente, N.; Diéguez, A.; De la Hera, I.; Ochoa, E. y Grau, E. (1995): «Trastorno por estrés traumático: consideraciones a propósito de tres casos», *Psiquiatría Pública*, 7, pp. 203-208.
- Wolfe, D.; Sas, L. y Wekerle, C. (1994): «Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse», *Child and Abuse Neglect*, 18, pp. 37-50.