

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ABUSO SEXUAL A MENORES: Experiencia desde una Unidad Funcional de Abusos Sexuales en la Infancia, ubicada en un hospital materno-infantil

M. Dolors Petitbò, Psicóloga, Jefe de Sección de Psicología y miembro de la UFASI del Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Esplugues (Barcelona)

Introducción

Consideramos abuso sexual aquella situación en la que población infantil o adolescente participa en actividades sexuales, que violan tabúes sociales y legales de la sociedad, que el menor no comprende y para las que, en función de su desarrollo, no está preparado para dar su consentimiento. El abusador está siempre en posición de superioridad física y/o psíquica respecto a la víctima.

Los abusos sexuales tienen consecuencias en el desarrollo psicosocial del menor, que pueden afectar la relación con los demás, la afectividad, sexualidad, autoimagen, alimentación, sueño, rendimiento escolar, etc. López (1995) resumiendo numerosas investigaciones indica que a corto plazo hay afectación clara en torno al 70% de las víctimas, mientras que entre un 20% y 30% consigue integrar la experiencia sin problemas aparentes. En el estudio de Caffaro-Rouget, Lang y VanSanten (1989) el 49% de los casos no presentaba síntomas.

La complejidad de los factores implicados en la situación abusiva y la falta de precisión en algunos estudios respecto al tipo de abuso y asistencia recibida por los sujetos de la muestra, dificulta el que se puedan establecer en estos momentos cuáles son las *consecuencias específicas* a corto y a largo plazo. Otro problema en la determinación de los efectos de los abusos deriva del origen de los datos recogidos. Muchos estudios se realizan a partir de las experiencias de adultos (López, 1994) que han sido víctimas de abuso en la infancia, lo cual implica una visión retrospectiva que comporta dificultad en el control de las múltiples variables que inciden en las situaciones abusivas.

Nuestro equipo se propone no sólo ofrecer asistencia a los menores víctimas de abusos y a sus familias, sino también aportar datos epidemiológicos sobre el abuso sexual en la infancia en nuestro entorno.

En general los datos de que se dispone respecto a la incidencia de los abusos sexuales se obtienen a partir de los casos de malos tratos detectados por profesionales e instituciones relacionadas con el tema. Alonso (1995) a partir de los datos del EAIA de Ciutat Vella de Barcelona indica que algo más del 10% de los menores que les han sido derivados han vivido situaciones de abuso sexual con contacto físico. Es importante incrementar el nivel de detección, para que los datos reflejen la realidad y la sociedad tome conciencia de la magnitud del problema, así como de la necesidad de desarrollar programas asistenciales y de prevención.

La inclusión en el Plan de Salud de Catalunya 1996-98 de objetivos y propuestas de intervención en el maltrato en la infancia y la adolescencia posibilita el desarrollo de procedimientos para la detección, tratamiento y adecuada derivación de los afectados. El

“Llibre d'en Pau” (1996) ha sido el resultado de una primera fase de trabajo interdisciplinar y constituye un documento de información y orientación para los profesionales, sobre todo del ámbito sanitario, que están en contacto con menores.

Descripción de la Unidad Funcional de Abusos Sexuales en la Infancia

Nuestra experiencia en la atención a los abusos sexuales a menores está organizada como Unidad Funcional, definida como equipo de profesionales de diferentes Servicios del Hospital que integran las aportaciones de cada disciplina para dar una respuesta asistencial eficiente a un problema o patología.

La Unidad Funcional de Abusos Sexuales en la Infancia (UFASI) del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues (Barcelona) está formada por profesionales de Pediatría, Ginecología, Psicología y Trabajo Social. Se colabora con otros especialistas del hospital cuando se requiere y se mantiene una estrecha relación con todos los profesionales externos que también intervienen en el caso.

La UFASI se organizó en 1995, iniciando su actividad asistencial integrada en Septiembre del mismo año. Su objetivo es dar respuesta asistencial en el ámbito sanitario a las consultas derivadas de la sospecha, revelación por parte del menor o constatación por parte de otros profesionales de la existencia de abuso sexual en la población de 0 a 17 años. Sus funciones comprenden el diagnóstico, tratamiento, investigación y docencia.

Los casos que atiende proceden de la Asistencia Primaria, sobre todo Pediatras y profesionales de la Salud Mental, de los diferentes dispositivos de la Dirección General de Atención a la Infancia (DGAI), de Fiscalía y Juzgados, o bien acuden por iniciativa familiar.

Los casos acceden a la UFASI a través del Servicio de Urgencias, donde se les atiende siguiendo las pautas establecidas desde la Unidad (Pou, 1996 a; Ruiz, 1996), o solicitando directamente visita programada.

La organización interna del equipo establece que habitualmente la primera entrevista la efectúa el Pediatra, quien recoge el motivo de la consulta que plantea el adulto acompañante y posteriormente, a solas con el menor, la verbalización de la situación abusiva. Se efectúa la exploración física a nivel pediátrico y ginecológico, si se trata de una hembra. En esta primera visita se valora siempre la situación familiar del menor con el objetivo de asegurar su protección. En un periodo que se intenta no supere los quince días se efectúa la evaluación psicológica. La intervención directa de Trabajo Social sólo se realiza en los casos en los que es imprescindible. Quincenalmente el equipo se reúne en sesión de síntesis para efectuar la valoración global de cada caso y emitir el informe final en el que consta la conclusión del equipo respecto a la situación abusiva.

En la casuística de la UFASI (Pou, 1996 b) el 31% de los casos accedió a través de Urgencias. El 42% de los casos acudieron acompañados por la madre. Un 27% fue remitido por profesionales de la DGAI o la Judicatura y sólo un 0'5% fueron demandas efectuadas directamente por menores. El 78'5% de la población asistida eran niñas y las edades oscilaban entre los 2 meses y los 14 años.

La conclusión final se efectúa a partir de los datos de la anamnesis, exploración y exámenes complementarios y se establecen cuatro categorías: ausencia de abuso, compatible, muy probable y seguro. En la población asistida las conclusiones finales fueron: ausencia de abuso en el 21'5%, compatible en el 6'4%, muy probable en el 51'1% y seguro en el 20'4%.

En todos los casos el supuesto abusador era un varón, y en un 33'3% era el padre.

La intervención psicológica

La evaluación psicológica se ha efectuado en el 87% de los casos asistidos en la UFASI. Cuando ya están interviniendo psicólogos desde los Juzgados, la DGAI o bien los Centros de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) de su sector, sólo se realiza estudio psicológico si se considera oportuno contrastar los datos ya recogidos.

En los dos años de funcionamiento de la Unidad ha habido un notable incremento de la demanda: desde Septiembre de 1995 a Agosto de 1996 fueron asistidos a nivel psicológico 31 casos, mientras que desde Septiembre de 1996 hasta Agosto de 1997 lo fueron 101.

La intervención psicológica puede tener diferentes objetivos:

- 1.- Determinar si el abuso se ha producido o no
- 2.- Validar el testimonio después de la intervención de otros profesionales que también lo han recogido
- 3.- Tratamiento en casos en que el abuso ya se ha comprobado
- 4.- Observación en casos dudosos, cuando el menor no verbaliza nada al respecto pero que en su conducta hay indicios que hacen sospechar abuso.

Según las características de cada caso diseñaremos el tipo y contenido de la intervención. Seguidamente vamos a exponer, por una parte, las características de la intervención de evaluación y orientación y, por otra las de la intervención terapéutica en nuestra UFASI.

• La intervención de evaluación y orientación

Coincide con la aparición de indicios que comportan sospecha de abuso o a partir de la revelación del menor. Implica contención de la situación de crisis a nivel familiar, apoyo al menor para que pueda verbalizar lo ocurrido, evaluación de las posibilidades del entorno para garantizar la protección, no sólo física sino sobre todo psicológica, y evaluación de la situación clínica de la víctima.

En nuestra experiencia el abuso es perpetrado en 96 % de los casos por un adulto que forma parte del entorno habitual del menor (familiar, vecino o amigo de la familia, profesional de la escuela o esplai).

Como indica Barudy (1993), en el abuso intrafamiliar o el abuso perpetrado por un conocido hay un periodo homeostático en el que los abusos se producen bajo el secreto y la imposición del silencio. El abusador actúa en la impunidad y el sistema familiar

permanece en equilibrio. En este periodo el abusador incita la participación del menor mediante recompensas materiales o afectivas, va manipulando la confianza e inicia las actividades sexuales, acompañadas de la imposición del silencio. La adaptación del menor a la situación permite que el abusador vaya progresando en el tipo de abuso. El clima de invasión que vive el menor es cada vez mayor y la vivencia de no poder poner límites le llevará a anular incluso la sensación de dolor físico que algunos abusos generan. La revelación por parte del menor provoca una crisis en el entorno, el sistema familiar se desestabiliza y es frecuente constatar que, en un intento de reencontrar el equilibrio, se generen situaciones que incrementen el sufrimiento de la víctima. Algunas familias consultan esperando que los especialistas averigüen que no ha ocurrido nada, a veces intentan resolver la situación por su cuenta pactando con el agresor, sin preocuparse por las vivencias del menor. A veces no dan crédito a las verbalizaciones del menor e incluso llegan a reprenderle, con lo cual el abuso persiste y la capacidad para pedir ayuda queda anulada.

En la intervención inicial se efectúa una entrevista al menor y el/los adulto/s no abusadores que le acompañan. En el abuso llevado a cabo por familiares o conocidos, los miembros de la familia no abusadores también han sido víctimas de engaño por parte de personas en quienes confiaban y por ello necesitamos conocer cómo son capaces de elaborar esta situación. Habitualmente la entrevista se efectúa en presencia del menor, ya que permite observar cómo se relacionan además de atender a lo que manifiestan verbalmente. Se utiliza el procedimiento de entrevista semiestructurada y se recoge información sobre:

- *situación y condiciones en la que se ha producido la revelación o el descubrimiento
- * nivel de percepción y respuesta ante lo ocurrido
- * características del entorno familiar
- * conductas de protección hacia la víctima
- * historia evolutiva del menor
- * manifestaciones sintomáticas actuales y respuesta del entorno ante ellas

La valoración del menor se realiza en una entrevista a solas que incluye:

- *recogida del testimonio de lo que le ha ocurrido, mediante preguntas abiertas .

Es necesario registrar lo que el niño dice y pedirle ampliación de lo dicho, usando sus propias palabras. La contención de la UFASI permite que generalmente el menor amplíe lo manifestado en la primera entrevista con el Pediatra.

- *evaluación de su capacidad intelectual (Escala de desarrollo para los preescolares, RAVEN o WISC-R a partir de la edad escolar)

*evaluación de la personalidad (Juego, Pruebas proyectivas como HTP, CAT, TAT o Cuestionario MACI para adolescentes)

Hay que tener en cuenta que los tests por si solos no permiten hacer un diagnóstico de abuso sexual (Domènech, 1995). El conocimiento de la capacidad cognitiva y del funcionamiento psicoafectivo permite comprender cómo el menor expone lo ocurrido, sus vivencias y recursos. En el juego o dibujo pueden aparecer conocimientos o preocupaciones por el sexo impropios de su edad. Hibbard et. (1987) indican que los niños sometidos a abusos sexuales tienden a incorporar con mayor frecuencia los genitales en sus dibujos.

A partir de los datos se elabora un informe psicológico en el que se incluye la orientación terapéutica. Para tomar las decisiones terapéuticas se tiene en cuenta: el tipo de abuso, el nivel de proximidad relacional con el abusador, la edad de la víctima, la duración de los abusos, el apoyo recibido por el/la menor en el momento de revelar lo ocurrido y sus características personales (capacidad cognitiva, nivel de adaptación anterior al abuso y recursos ante los conflictos).

El tipo de abuso y los procedimientos utilizados para mantenerlo traen consigo la vivencia de intrusión y la incapacidad para establecer límites respecto al otro.

Elwell y Ephross(1987) en un estudio realizado con escolares víctimas de abuso hallaron que los daños físicos, la fuerza ejercida por el agresor y la penetración vaginal o anal se relacionaban con sintomatología más grave. Wolfe, Sas y Wekerle(1994) refieren que la utilización de la violencia o amenazas por parte del abusador se relaciona con la presencia del desorden de estrés postraumático. Lovett (1995) en un estudio, realizado con 60 niñas entre 7 y 12 años de edad pocas semanas después de producirse la revelación de los abusos, halló que el uso de la fuerza por parte del agresor se correlacionaba con una menor competencia en las víctimas y que, a mayor grado de violencia, mayores eran los problemas de conducta y sexuales de las menores.

El nivel de vinculación existente con el abusador comporta además del abuso, la distorsión de patrones educativos y afectivos. Generalmente el adulto utiliza el rol de padre o educador y la relación afectiva con el menor para imponer las actividades abusivas, lo cual genera importantes distorsiones y confusión en el abusado. Es importante que en el momento de evaluar esta variable se considere “el nivel de intimidad relacional” más que “el grado de parentesco” (Cantón y Cortés, 1997). Browne y Finkelhor(1986) mostraron que los abusos cometidos por un vecino de confianza pueden resultar más traumáticos que los realizados por un miembro de la familia extensa con quien el menor tenga poca relación. No hay estudios concluyentes que indiquen diferencias en cuanto a las consecuencias del abuso intrafamiliar y extrafamiliar.

La edad de los abusados marca diferencias en cuanto a la comprensión de lo que ocurre, el compromiso en el mantenimiento del secreto y el nivel de culpabilidad que puede inducir el abusador.

Los estudios que han intentado averiguar la relación entre edad de inicio y gravedad y consecuencias del abuso sexual no han sido concluyentes. Beitchman et al. (1991) indican que una posible explicación a los datos contradictorios puede deberse a que los síntomas

de los abusados de menor edad aparezcan en edades posteriores. Otro factor puede ser la falta de control de la duración y gravedad del abuso en los distintos grupos de edad.

Cuanto mayor es la **frecuencia y duración de la situación abusiva**, mayores son las consecuencias porque el menor se adapta para sobrevivir a lo que le ocurre y cada vez pierde mayor posibilidad de diferenciarse del agresor y pedir ayuda. Nash, Zivney y Hulsey (1993) en un estudio con 102 menores de 5 a 16 años que habían sido víctimas de abusos encontraron que la presencia de trastornos psicológicos más graves correlacionaba con la intensidad y frecuencia (más de tres o cuatro veces al mes) del abuso.

Otro aspecto fundamental para el futuro de abusado es **la respuesta del entorno**. El apoyo parental es un elemento clave para que las víctimas se recuperen. Cuando los padres reaccionan mostrando una escasa comprensión, los niños presentan un peor nivel de adaptación (Dubowitz et al, 1993). En el estudio de Sanders-Phillips et al. (1995) también se demuestra que a menor apoyo de la madre después de la revelación, mayor depresión en las niñas víctimas de abusos.

Cuando el abuso es perpetrado por el padre es necesario considerar **el nivel de dependencia económica y psicológica de la madre**. A menudo la falta de autonomía genera un nivel de complicidad materna, más o menos consciente según los casos, que complica enormemente el pronóstico.

- **Intervención terapéutica**

El 73'5% de los casos asistidos ha requerido tratamiento y/o seguimiento de la familia para garantizar el adecuado desarrollo psicosocial del menor.

En los casos que consideramos graves, ya sea por las manifestaciones patológicas en el menor y/o la familia, o por el riesgo que comporta su actitud indicamos tratamiento desde nuestra Unidad. El resto es asistido desde los Centros de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) y los Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA) ubicados en la zona de residencia de los usuarios. En casos que ya recibían tratamiento por problemas psicoafectivos o de conducta antes de descubrir el abuso, nos coordinamos con su terapeuta para que se incluya en el tratamiento el abordaje específico que requiere la situación. Alguna vez hemos efectuado una intervención focalizada en el abuso durante 4 ó 5 sesiones en nuestra Unidad y posteriormente ha proseguido su tratamiento habitual.

Para cada menor y su familia se determina cuál es el tipo de intervención más adecuado, teniendo en cuenta la importancia de los diferentes factores implicados y focalizando el tratamiento en el aspecto que es más crucial para el menor en función de su edad. Como indican Gordon y Schroeder (1995), en los preescolares es fundamental trabajar la confianza, mientras que en los adolescentes es más importante tratar las relaciones interpersonales e íntimas. También hemos de considerar que el menor abusado probablemente "reprocesará" su experiencia del abuso a medida que incremente su capacidad cognitiva.

En cuanto al contenido del tratamiento, Vázquez (1995) indica que en el tratamiento de un menor abusado se ha de incluir siempre el aspecto educativo-informativo con el objetivo de clarificar las experiencias y prevenir nuevos abusos. Las distorsiones en la sexualidad normal del niño derivadas de la situación abusiva son a menudo aspectos difíciles de manejar por parte de los padres y/o educadores del menor. Es necesario ayudar a los padres a poner límites, a reconducir los intereses del niño y reforzar las conductas adecuadas a su edad.

En la fase inicial habitualmente se asiste simultáneamente al menor y a los miembros de la familia que le protegen, ya sea por el elevado nivel de ansiedad o por la necesidad de recibir orientación respecto a como abordar las manifestaciones sintomáticas. El procedimiento de consulta terapéutica de Winnicott es de utilidad ya que permite integrar el trabajo individual con el menor y el resto de la familia.

El terapeuta nunca interpreta, sugiere para facilitar la verbalización de pensamientos y vivencias que le permiten observar las distorsiones que ha generado la situación abusiva, tanto a nivel cognitivo como emocional, y acompaña en la reestructuración de las relaciones interpersonales y de las creencias o actitudes inapropiadas.

El tratamiento al menor puede ser individual o en grupo. La frecuencia de las sesiones es semanal o quincenal.

Tratamiento individual

En los preescolares se utiliza la terapia a través del juego, lo cual permite elaborar las vivencias y modelar actitudes. A partir de la edad escolar se usa el soporte verbal, si bien en algunos casos es útil combinarlo con el dibujo, que actúa como mediador para la verbalización.

En los casos que hemos tratado hemos podido constatar las fases que indica Jones (1986). En un primer momento el paciente se adapta a la tarea que se le propone, la verbalización de lo que piensa y siente. En una segunda fase aparece la culpa, sentimientos de temor y rabia que pueden provocar algunas dificultades en la relación con los que le rodean, por lo cual se debe orientar a su entorno para que entiendan el significado de estas manifestaciones en la elaboración de lo vivido. A menudo en este momento aparecen también quejas respecto a la falta de atención o cuidados por parte de sus progenitores. El final del tratamiento es necesario que sea anunciado con tiempo para que no sea vivido como un abandono. En nuestra práctica tendemos a efectuar controles mensuales o trimestrales después de haber concluido el periodo de terapia.

Tratamiento en grupo

En nuestra experiencia hemos tratado en grupo casos que habían sido abusados por un mismo adulto. El "hablar" sobre una situación que se ha mantenido en secreto permite en primer lugar salir del aislamiento. Las aportaciones de cada uno de los miembros del grupo permiten revivir la experiencia pero en un contexto en el que los mecanismos de disociación

o negación ya no son necesarios. El contexto grupal facilita también la discusión sobre temas de sexualidad y posibilita al terapeuta la observación de la relación entre iguales.

Reflexiones finales

La demanda de asistencia para menores que han sido víctimas de abusos crece, lo cual indica que la sensibilidad social se está incrementando y los profesionales reconocemos el daño que produce en el desarrollo de niños y jóvenes. No obstante, a pesar del gran número de publicaciones existentes, aún no disponemos de conclusiones unánimes sobre las consecuencias del abuso sexual a menores, la especificidad de los síntomas y su evolución. Es responsabilidad de todos que en las investigaciones se mejoren aspectos metodológicos. Cantón y Cortés (1997) sugieren tener en cuenta:

- El contraste de los datos con grupos de control, homogeneizando edad, sexo, configuración familiar y estatus socioeconómico.
- La información sobre los trastornos familiares: Estatus matrimonial, conflictos a nivel de pareja, consumo de drogas, enfermedad mental, historia de abusos físicos o sexuales en los progenitores y conflictos padres-hijos.
- Otras variables mediadoras, derivadas de la edad y sexo de la víctima, relación con el agresor, tipo de abuso, uso de la fuerza, duración y frecuencia. También debería incluirse el tiempo transcurrido entre el último incidente y la evaluación, la intervención de profesionales después de la revelación y aspectos propios del menor como nivel intelectual, nivel de adaptación anterior al abuso, habilidades de afrontamiento e interpretación cognitiva del abuso.
- Las características de las muestras, ya que muchos estudios se efectúan con los niños que acuden a tratamiento, lo cual podría ser motivo de sesgo en los datos.
- Los instrumentos de evaluación de los efectos del abuso sexual deberían permitir la comparación de los resultados entre distintos estudios.
- La incorporación de la perspectiva evolutiva y multidimensional permitiría conocer mejor la evolución de los síntomas y de la recuperación. También facilitaría el conocimiento de los modos de expresión de la situación abusiva y del impacto del abuso en diversos aspectos del desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, J M (1995) Abuso sexual infantil: Un reto para todos los profesionales. Bienestar y Protección Infantil, 1, 80-94.
- BARUDY, J (1993) Société, violence, famille: L'approche systémique de la maltraitance des enfants; aspects cliniques et thérapeutiques. Recueil d'articles, Bruxelles.
- BEITCHMAN, J H; ZUCKER, K J; HOOD, J E; DACOSTA, G A y AKMAN, D (1991) A review of the short-term effects of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 15, 537-556.
- BROWNE, A y FINKELHOR, D (1986) Impact of child sexual abuse: a review of the research. Psychological Bulletin, 99, 1, 66-77.
- CAFFARO-ROUGET, A; LANG, R A y VANSANTEN, V (1989) The impact of child sexual abuse. Annals of Sex Research, 2, 29-47.
- CANTON, J y CORTES, R (1997) Malos tratos y abuso sexual infantil. Siglo XXI Editores, Madrid.
- COULBORN, K (1988) Child sexual abuse. Mac Millan, Columbia University Press.
- DOMÈNECH, E (1995) Evaluación psicopatológica del abuso sexual Revista de Psiquiatria Infanto-juvenil, 4, 254-261.
- 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, 743-754
- ELWELL, M E y EPHROSS, P H (1987) Initial reactions of sexually abused children. Social Casework, 68, 109-116.
- GORDON, B y SCHROEDER, C (1995) Sexuality. A developmental approach to problems Plenum Publishing Corporation, New York.
- HIBBARD, R A, ROGHMANN K Y HOEKELMAN, R A Genitalia in children's drawings: an association with sexual abuse Pediatrics, 79, 129-137
- HOBBS, Ch; HANKS, H y WYNNE, J (1993) Child abuse and neglect Churchill Livingstone, New York
- JONES, D (1986) Individual psychotherapy for the sexually abused child. Child Abuse and Neglect, 10, 377-385.
- LÓPEZ, F (1994) Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

LOVETT, B (1995) Child sexual abuse: The female victim's relationship with her nonoffending mother. *Child Abuse and Neglect*, 19, 729-738.

NASH, M R; ZIVNEY, O A y HULSEY, T (1993) Characteristics of sexual abuse associated with greater psychological impairment among children. *Child Abuse and Neglect*, 17, 401-408.

POU, J. (1996 a) Abusos sexuales. Experiencia en un Servicio de Urgencias, *Archivos de Pediatría*, Vol. 47 nº 5, 259-263.

POU, J (1996 b) Abusos sexuales en la infancia Comunicación en el II Symposium Internacional Stress y Violencia en la Infancia y la Juventud, Barcelona.

RUIZ, A y POU, J (1996) Abuso sexual infantil. Protocolo de actuación en Urgencias en la 2ª Reunión de Urgencias Pediátricas, Barcelona.

SANDERS-PHILLIPS, K; MOISAN, P A; WADLINGTON, S; MORGAN, S y ENGLISH, K (1995) Ethnic differences in psychological functioning among black and latino sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 19, 691-706.

VARIOS (1996) *El llibre d'en Pau* (Guía para el abordaje del maltrato en la infancia para los profesionales de la Salud) Generalitat de Catalunya.

VAZQUEZ, B (1995) *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores Siglo XXI* Editores, Madrid.

WOLFE, D A; SAS, L y WEKERLE, Ch (1994) Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 37-50