



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

**El fenómeno del abuso sexual infantil (ASI): las fallas del sistema judicial y la intervención en el trauma con EMDR.**

Autor: Murillo Iniesta, Miguel Ángel

Directora: Ibarra Larrión, Roncesvalles

Doble Grado:

Psicología y Criminología

Madrid

2021/2022

## **Resumen**

El presente trabajo trata sobre el fenómeno del abuso sexual infantil, habiéndose realizado mediante una revisión bibliográfica con este propósito. En primer lugar, tratamos los diversos tipos de maltrato relacionados con el abuso sexual infantil. Tras esto, nos centramos en el abuso sexual infantil, exponiendo aspectos fundamentales: definición y características, perfiles, factores de riesgo, indicadores, posibles consecuencias, modelos explicativos, etc. . Posteriormente, abordamos las diversas fallas presentes en el sistema judicial español a la hora de intervenir , así como los fallos de otras instituciones, profesionales y padres en los casos de abuso. Además, planteamos diversas soluciones para erradicar estos problemas, con el objetivo de proteger al menor. Por último, se realiza un abordaje de la intervención terapéutica con EMDR en menores víctimas de abuso sexual, un método novedoso recomendado para la intervención en el trauma, e idóneo para el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), siendo por tanto un método eficaz a la hora de procesar la información relativa al evento traumático y que ha generado diversas sintomatologías.

**Palabras clave:** abuso sexual, menores, sistema judicial, EMDR, revictimización, trauma.

## **Abstract**

The present work deals with the phenomenon of child sexual abuse, having been carried out by means of a bibliographic review for this purpose. First, we deal with the different types of maltreatment related to child sexual abuse. After this, we focus on child sexual abuse, exposing fundamental aspects: definition and characteristics, profiles, risk factors, indicators, possible consequences, explanatory models, etc. Subsequently, we address the various failures present in the Spanish judicial system when intervening, as well as the failures of other institutions, professionals and parents in cases of abuse. In addition, we propose various solutions to eradicate these problems, with the aim of protecting the child. Finally, we approach the therapeutic intervention with EMDR in children's victims of sexual abuse, a novel method recommended for the intervention in trauma, and suitable for the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), being therefore an effective method when processing the information related to the traumatic event and that has generated various symptomatology.

**Key words:** child sexual abuse, minors, judicial system, EMDR, revictimization, trauma.

## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	4
1.1 Justificación teórica .....	4
1.2 Objetivos .....	5
<b>2. Metodología</b> .....	6
<b>3. Marco teórico</b> .....	7
<b>3.1 El maltrato y su tipología</b> .....	7
<b>3.2 El abuso sexual infantil: características y fases</b> .....	8
<b>3.3 Indicadores de sospecha de ASI</b> .....	10
<b>3.4 Mediadores en el impacto del abuso sexual infantil.</b> .....	11
<b>3.5 Factores de riesgo y perfiles involucrados en el ASI.</b> .....	12
<b>3.5 Consecuencias del ASI</b> .....	15
<b>3.6 Modelos explicativos</b> .....	16
<b>3.7 Las fallas en el sistema judicial (y otras instituciones) y las posibles soluciones.</b> .....	18
<b>3.8 Intervención en el trauma con EMDR</b> .....	21
— Protocolo estándar de aplicación del EMDR (Navarro et al. , 2016) .....	22
— Hipótesis actuales sobre el funcionamiento del EMDR .....	22
— Utilidad y ventajas del EMDR.....	23
— Aplicación del EMDR en menores víctimas de ASI .....	24
<b>4. Discusión</b> .....	26
<b>5. Conclusión</b> .....	27
<b>6. Referencias bibliográficas.</b> .....	30

## **1. Introducción**

### **1.1 Justificación teórica**

En nuestra actual sociedad, la conciencia acerca de la violencia cada vez está más presente y las personas se muestran más activas en erradicar cualquiera de sus formas. Aunque los datos del Ministerio de Interior del Gobierno de España manifiestan un incremento en las denuncias de estos delitos (Cerceda et al., 2018, citado por Gutiérrez, 2020) muchos de ellos siguen ocultos por el silencio de sus víctimas. Estos datos pueden tener una doble lectura, ya que pueden significar un aumento en los delitos de este tipo o una mayor capacidad de las víctimas para revelar lo ocurrido.

Dentro de esta problemática, una de las formas de violencia sobre la que deberíamos centrarnos es el maltrato infantil y sus tipos. En este trabajo, nos centraremos en el abuso sexual infantil. Podríamos definir el abuso sexual infantil (ASI) como “cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un menor, donde el primero posee una posición de autoridad o de poder sobre el menor, que puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual (Paul, 2001, citado por Fernández del Valle y Bravo, 2001). El ASI tiene una gravedad y una prevalencia en nuestra sociedad mucho mayor de la que imaginamos. En España, entre un 10% y un 20% de la población ha sido víctima de ASI en su infancia, por lo general, antes de los 13 años de edad (López, 1994, citado por Pereda, 2016). Dicho de otra manera, 1 de cada 5 menores es abusado. Aunque dispongamos de textos donde se establecen los derechos del menor, así como los mecanismos de actuación ante su desprotección (interés superior del menor, derecho a ser oídos, protegidos, a recibir asistencia y apoyo, medidas de protección, etc.) tales como la Ley Orgánica 8/2015 de 22 de julio y la Ley 26/2015, de 28 de julio ambas de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, junto a la Convención de los Derechos del Niño, muchos de estos derechos y garantías se ven afectados e impedidos. El sistema falla, llegando las propias instituciones “abanderadas” de la protección del menor, a ser las que repiten y agravan el daño en este mediante la revictimización secundaria. A esto se suma una inadecuada respuesta ante la revelación del abuso por parte de las familias por un desconocimiento sobre cómo proceder. Por la importancia en el desarrollo psicosocial del menor, es clave la respuesta por parte de la familia, en especial de la madre, ya que un 71,15% de los casos de ASI el agresor es el padre biológico (Noguerol y Saez, 2002). Según el estudio de Save The Children España

(2017), en muchas ocasiones los menores no son creídos y se asocia la revelación a fantasías propias de la edad cuando tan solo un 7% de estas son falsas. Esto no debería suponernos algo extraño, pues ya desde la época freudiana (siglo XIX) psiquiatras psicoanalistas, como Reichmann, Bender, Blau, Probst y Oliven, planteaban que las declaraciones de abuso sexual de sus pacientes eran “fantasías edípicas”, llegando autores como Loftus (1993) a plantear en 1990 que la revelación del falso abuso se producía por la sugestión del paciente por parte del terapeuta (Albach, Moormann y Bermond, 1996).

Por último, otro de los aspectos más importantes del abuso, más allá de una pronta detección y actuación por parte de los profesionales, es lo relativo a la intervención terapéutica, es decir, al tratamiento del menor con el fin de ayudarlo a superar la experiencia traumática y sus consecuencias. Entre las distintas posibilidades, una de las técnicas para la intervención en el trauma generado por ASI y otros eventos traumáticos más recomendadas por la OMS es el EMDR, técnica novedosa creada por Shapiro en 1987.

Por tanto, ante la vulnerabilidad de estos menores y con el fin de mejorar la atención y tratamiento que reciben, consideramos importante plantear en este trabajo los aspectos fundamentales relativos al abuso sexual, así como los puntos a mejorar a la hora de la intervención y actuación por parte de las familias e instituciones para velar por el bienestar del menor y exponiendo uno de los dos métodos más recomendados de cara a la ayuda psicológica para el tratamiento del trauma: el EMDR y recoger su eficacia en intervención con jóvenes víctimas de abuso sexual.

## **1.2 Objetivos**

Los objetivos del presente trabajo son: plantear la problemática del abuso sexual infantil (particularmente en la sociedad española), enumerar los diversos fallos a nivel judicial (junto a los de otros profesionales e instituciones), reflexionar sobre el punto en el que nos encontramos como sociedad y valorar posibles actuaciones y/o soluciones para reducir la alta prevalencia del abuso en nuestro país. Por último, valoraremos la eficacia del EMDR para el tratamiento terapéutico en estos casos.

## **2. Metodología**

El trabajo realizado tiene carácter de investigación cualitativa, ya que se ha hecho recogiendo información procedente de múltiples documentos, con el fin de exponer el fenómeno del abuso sexual infantil, las distintas “taras” del actual sistema y soluciones para erradicarlas, así como para mostrar el tratamiento con EMDR en menores víctimas.

En el momento de llevar a cabo la búsqueda de información para el presente trabajo, hemos recurrido a buscadores de carácter académico como Google Academics, Dialnet y PsycInfo. Específicamente para la parte relacionada a la técnica del EMDR hemos consultado en su web específica española emdr-org.es, donde generalmente se publican todos los artículos relativos a esta técnica. De los artículos encontrados, hemos ido seleccionando aquellos que se centrasen en los tres puntos en torno a los cuales se centraba el trabajo: abuso sexual infantil, errores y soluciones en la intervención institucional en casos de abuso y aplicación del EMDR en el trauma por ASI. También hemos consultado la Convención de los Derechos del Niño, para tener conocimiento de los derechos fundamentales de los menores. Por otro lado, hemos consultado el manual de intervención de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para conocer los procedimientos y mecanismos disponibles para la protección de menores, así como poder ver las distintas situaciones en las que se puede encontrar tales como riesgo, desamparo y desprotección. También hemos consultado el informe “*Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia*”, publicado por Save the Children España (2016) para tener conocimiento de las distintas modificaciones de ley y de cómo han afectado al modo de proceder de las instituciones y a los derechos de los menores.

En los buscadores se emplearon los siguientes términos de búsqueda: abuso sexual infantil, child sexual abuse, efectos abuso sexual, perfil abuso sexual, EMDR y abuso sexual, EMDR and sexual abuse, EMDR y TEPT.

Dentro de los artículos obtenidos mediante estos buscadores, se descartaron aquellos de idiomas diferentes al inglés o al castellano. A su vez, decidimos suprimir aquellos artículos donde el abuso sexual infantil no fuera el foco principal, mezclándose con otras formas de violencia a la infancia.

Además, se ha empleado multitud de información de dos cursos de TEA Ediciones que tratan de manera muy exhaustiva el fenómeno del abuso sexual infantil y la intervención con este.

### 3. Marco teórico

#### 3.1 El maltrato y su tipología

Para poder abordar la temática del abuso sexual infantil (ASI), consideramos importante hablar antes de otras formas de maltrato relacionadas con este, ya que ninguna de ellas son excluyentes (Noguerol y Fernández, 2013). El ASI se encuentra dentro de una de las diferentes tipologías del maltrato infantil. En un apartado posterior, trataremos de manera específica este tipo de maltrato. Aunque no existe una definición única acerca del término **maltrato infantil** (debido a su complejidad y sus diversas manifestaciones) la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014, citado por Ribeiro, 2016) lo definen como “los abusos y la desatención de los que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico, psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

En primer lugar, encontramos el **maltrato psicológico** que se produce en “aquellas situaciones donde las necesidades psicológicas del menor, particularmente las relacionadas con su desarrollo interpersonal y su autoestima” (Noguerol y Fernández, 2013). Es la forma de maltrato más frecuente. En relación con el abuso, se puede manifestar como maltrato emocional, ocasionando deterioro a nivel emocional, social e intelectual, empleándose humillaciones, amenazas, críticas o rechazo hacia el menor. Por otro lado, ante una situación de abuso, el menor se encuentra desprotegido. Si la respuesta por sus progenitores es inadecuada, puede producirse abandono emocional al no contar con su apoyo ni su protección. Por ejemplo, esto puede darse en situaciones de abuso intrafamiliar, donde no se toman acciones ante la revelación del abuso por el menor.

En segundo lugar, encontramos el **maltrato físico** siendo “cualquier acción no accidental por parte de padres o educadores que provoquen un daño físico o enfermedad en el menor o le coloquen en grave riesgo de padecerlo” (Noguerol y Fernández, 2013). Por lo tanto, las necesidades físicas del menor no son atendidas por un breve período de tiempo, o de manera permanente por ninguno de los adultos que convive con el menor, generándose una situación de negligencia o abandono físico de este.

Por último encontramos una tipología del maltrato que muchas veces pasa desapercibida por el pensamiento social que es el **maltrato institucional** siendo “cualquier legislación,

procedimiento, actuación y omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional, que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del menor y la infancia” (Noguerol y Fernández, 2013).

### **3.2 El abuso sexual infantil: características y fases**

Tomando de base la definición propuesta por Noguerol y Fernández (2013) podemos definir el **abuso sexual infantil** como los distintos contactos e interacciones que se producen entre un menor y un adulto, o dos menores (con una diferencia de edad significativa o cuando se encuentre en una posición de control sobre otro) en las que el agresor se vale del menor para estimularse sexualmente, para estimular al menor u a otra persona. Las conductas que conforman un posible ASI son diversas, como tocamientos de zonas genitales, erógenas o íntimas del menor con fines sexuales, sin violencia o intimidación, incluyendo también dentro de los tocamientos aquellas acciones que fuercen o permitan al menor tocar las zonas erógenas del adulto; así como la penetración por vía vaginal, anal y oral en las que media la violencia o intimidación (agresión sexual), siendo estas últimas (según el estudio de Save The Children España, 2017) las menos comunes dentro de los abusos produciéndose en un 4,9% de los abusos coito vaginal y un 2,7% anal. Otras formas menos frecuentes son el exhibicionismo, donde no hay contacto físico y la explotación sexual infantil, relacionada con la prostitución y pornografía infantil, donde el abusador persigue un beneficio económico.

En la mayoría de los casos se produce coerción al tratarse de una relación asimétrica de poder y control, aprovechando esto para que el abuso ocurra, llegando a alargarse hasta cuatro años de media (López, 1994, citado por Noguerol y Fernández, 2013). Se trata de una manipulación del menor, donde reina el silencio que cronifica el abuso, mientras el abusador ve sus necesidades sexuales satisfechas.

La víctima de ASI experimenta un conjunto de etapas desde que se comete el abuso hasta que se emite la sentencia en juicio. Las fases que Summit (1983) propone en su Teoría de Acomodación (citado por Monteleone, 2006) al ASI son las siguientes:

- 1) **Secreto:** Condición esencial para que el abuso ocurra. Este se mantiene por el miedo de la víctima a las posibles consecuencias en caso de que el abuso se revele, ya que el abusador en la mayoría de los casos es del entorno del menor (motivo por el que puede que, en caso de revelarlo, el menor no sea creído). El abusador también puede valerse



de amenazas para que no lo cuente. En caso de revelación, el menor puede sentirse culpable de generar un conflicto, y la madre (en casos de abuso intrafamiliar) puede no denunciar con el fin de no destruir el núcleo familiar.

- 2) **Desprotección:** En la crianza, los padres enseñan a los menores a no hacer caso a los desconocidos, pero les inculcan el mensaje de que deben respetar y obedecer a aquellos adultos que les cuidan y son cariñosos con ellos (Intebi, 2007). Otra creencia es que cuando ocurre el abuso, la víctima reaccionaría como una adulta tratando de resistirse, gritando y buscando ayuda. Sin embargo, la mayoría fingen dormir, cambian de posición en la cama, tratan de esconderse, asemejando esto a un “consentimiento”, cuando lo que realmente ocurre es que no saben cómo actuar ante lo que está pasando. Cuando este menor no es protegido por aquellas figuras de apego que debería, puede experimentar diversas consecuencias (muy similares a los indicadores de ASI). Esta etapa también es conocida como **impotencia**, la cual aparece en el menor al sentir que no puede escapar del abuso, alargándose este más cuanto mayor sea la autoridad del adulto.
- 3) **“Acomodación o adaptación”:** En esta fase es cuando se produce la disociación del menor, aislando los hechos relacionados con el abuso del resto de aspectos de su vida. Llega un punto en el que considera inevitable el abuso, llegado hasta el punto de creerse merecedor de este. Genera mucho sufrimiento a causa de la dicotomía en el menor entre la necesidad de apegarse a sus progenitores, que no le protegen y el tener que defenderse de estos (Piñuel, 2020)
- 4) **Revelación:** En multitud de abusos es tardía, conflictiva y poco convincente, ya que en muchos casos, la revelación se produce con el paso del tiempo revelarse los abusos (por ejemplo revelándose en la adolescencia en una gran bronca con sus progenitores). A este hecho se suma la prescripción del delito, de modo que la “justicia” para esta víctima puede que nunca llegue. Encontramos casos en los que sale a la luz a causa de los indicadores, o en casos de abuso intrafamiliar porque la tensión dentro del seno de esta “estalla”. Por ello, debemos remarcar que el fenómeno del abuso no se limita a la díada abusador-abusado, sino que intervienen más elementos.
- 5) **Retractación:** De forma paralela a la rabia y desprecio con la que se confiesa el abuso, encontramos que el menor puede sentir culpa por denunciar a alguien de su entorno (profesor, monitor, etc.) o algún familiar. Pueden tener miedo de que las amenazas del abusador se produzcan. Por esto es clave que el menor cuente en esta fase con el apoyo de su familia y de las instituciones, para evitar su retractación a

causa de la presión, sin que el sistema legal pueda hacer nada respecto a los hechos ocurridos.

### 3.3 Indicadores de sospecha de ASI

De cara a una correcta valoración por parte de los profesionales encargados de evaluar y detectar un posible abuso sexual de un menor, hay una serie de indicadores que se deberán de tenerse en cuenta. Con este propósito, en el Manual de intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores (2008) se detallan las siguientes categorías de indicadores:

- **Indicadores altamente específicos:** Si estos son detectados, la posibilidad de que el abuso haya ocurrido es muy elevada, teniendo que llevarse a cabo la investigación pertinente posterior. Entre estos indicadores encontramos: tener conocimiento verídico de acciones de carácter sexual por adultos, manifestación por parte del menor de ser/haber sido objeto sexual, existencia de un informe médico donde se confirma la existencia de abuso o una sospecha certera de este. A nivel físico podemos apreciar en la víctima lesiones internas en zona genital y anal, desgarró o cicatriz en el himen, que el diámetro de este sea mayor a 1 centímetro, desgarró de mucosa vaginal, dilatación anal y esfínter anal hipotónico, inflamación, enrojecimiento y lesión por rascado, sangre en la vagina y/o ano, embarazos y enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- **Indicadores de probable abuso sexual:** Sospecha por parte de un adulto de que se está produciendo un abuso. En referencia al menor nos encontramos ante conocimiento inusual, así como conductas hipersexualizadas y autoeróticas poco frecuentes en un niño (y en base a su desarrollo evolutivo). También se pueden producir conductas extrañas (investigar genitales de animales), así como otros comportamientos como la masturbación compulsiva (produciéndose incluso delante de otras personas), juegos comunes entre niños pero con contenido sexual (“papás y mamás”, por ejemplo), interacciones extrañas con adultos (movimientos de cópula, intento de introducir la lengua al besar, etc.). Por otro lado, en la etapa adolescente nos encontramos ante la dualidad de una gran inhibición, frente a otros individuos con una elevada promiscuidad.
- **Indicadores inespecíficos:** Son aquellos que pueden aparecer sin guardar relación causal con un abuso. Diferenciamos físicos (dolor de cabeza sin causa, abdominales, etc.), así como psicológicos y comportamentales entre los que

podemos detectar conductas regresivas (enuresis y encopresis), fobias, problemas para las interacciones sociales, pesadillas, problemas de aprendizaje, conductas violentas, mentiras, intentos de suicidio, trastornos disociativos, etc.

### **3.4 Mediadores en el impacto del abuso sexual infantil.**

A esta serie de características que dan forma al abuso infantil, hay una serie de aspectos que hacen que cada abuso (y sus futuribles secuelas) sean distintas, entre ellas:

- Momento en el que se produce el maltrato, siendo más perjudicial de cara a un desarrollo óptimo posterior si se produce en edades tempranas (al contrario del ideario social, que creen que “no recuerdan tanto”)
- Duración y frecuencia del maltrato, a mayor duración y repetición, mayor problemática en el menor a largo plazo.
- Intensidad del abuso, aunque no hay un acuerdo sobre esto, se considera que cuanto más intensa la conducta, mayor su efecto. Sin embargo, Egeland (1997), considera que a partir de un punto los efectos no aumentan (umbral del efecto).
- Relación con el abusador, siendo generalmente más traumático si se trata de alguien de dentro de la familia, generando problemas en torno a la confianza, la protección y el apego esperado por ellos.
- Apoyo familiar percibido. En especial, cuando se produce la revelación, es clave que el menor se sienta creído, para dotarlo de seguridad, estando también presente en la fase de recuperación y tratamiento psicológico.
- Efectos reparadores de otras experiencias vividas (Intebi, 2007)
- Género de la víctima, siendo López (citado por Noguero y Fernández, 2013) el que plantea en 1995 que las menores tienden a experimentar problemáticas de carácter internalizante (tales como ansiedad y depresión) y los menores desarrollan conductas de carácter externalizante agresivas, pudiendo abusar de otros (tal y como plantea la teoría del ciclo víctima-maltratador, que trataremos posteriormente).
- Características individuales de la víctima, donde resaltamos las diferencias en resiliencia, habilidades sociales, cognitivas y asertivas.

En relación con los autores del abuso sexual infantil, hay una creencia instaurada en la sociedad que considera que son llevados a cabo por personas desconocidas para la víctima. Los datos recogidos por Noguero y Saz (2002) nos muestran que la realidad es

muy distinta, ya que en un 71,15% de los casos el agresor es el padre biológico, siendo solo un 3,84% de los abusos autoría de un desconocido para el menor.

### **3.5 Factores de riesgo y perfiles involucrados en el ASI.**

Tomando como base la perspectiva ecológica propuesta por Bronfenbrenner en 1987 (citado por Fernández y Villamarín, 2021) hay una serie de factores de riesgo. Su presencia e intensidad incrementará la gravedad del abuso, así como la probabilidad de que aparezca y se cronifique.

En primer lugar, encontramos aquellos factores de riesgo dentro de las **familias** relacionados con:

- Estructura familiar: Convivencia con una figura masculina sin vínculo de parentesco, o con familia extensa (Black et al., 2001, citado por Fernández y Villamarín, 2021), ser hijo de madre menor de edad en el momento del nacimiento (Lee y Goerge, 1999, citado por Fernández y Villamarín, 2021), ausencia de la madre o que esté sometida por el agresor (Villanueva, 2013). También podemos encontrar desconocimiento de las necesidades del menor (Belsky, 1980, citado por Noguerol y Fernández, 2013)
- Dinámica familiar: Relaciones maritales insatisfactorias o violencia familiar (Bowen, 2000, citado por Fernández y Villamarín, 2021), roles parentales difusos, ausentes o desdibujados (Alexander, 1992, citado por Fernández y Villamarín, 2021), aislamiento social (Villanueva, 2013). Encontramos interacciones violentas y conflictivas (Belsky, 1980, citado por Noguerol y Fernández, 2013)
- Historia familiar: Presencia de enfermedad mental en un progenitor (Walsh et al., 2002, citado por Fernández y Villamarín, 2021), antecedentes de consumo de sustancias, conflictividad familiar (Pons-Salvador et al., 2006, citado por Fernández y Villamarín, 2021), o historial de abuso o maltrato en las figuras parentales (Maida et al., 2005, citado por Fernández y Villamarín, 2021)

Seguidamente, Villanueva (2013), en relación con el **menor** plantea la capacidad de este para resistirse al abuso, el conocimiento o no de carácter sexual del menor, la relación de confianza que tenga con el abusador, la comunicación con la familia, pudiendo verse dificultado para expresar sus sentimientos y necesidades, la existencia de una baja autoestima y sumisión. Por último, un factor de riesgo característico del ASI es la vulnerabilidad de la víctima, siendo frecuente que menores con discapacidad se conviertan en el objetivo del agresor.

Finalmente, aquellos relacionados con la **sociedad** y la **cultura** en la que se produce el abuso, teniendo que tomar en consideración: situación de pobreza, legitimación de la violencia y los castigos físicos para educar a los menores, el planteamiento dentro de la sociedad sobre la infancia, la familia, la mujer y la parentalidad, así como los posibles mitos sobre el abuso y el conocimiento o no sobre los derechos de los menores. También hay que tener presente la presencia de problemas económicos, así como la clase social, y el posible aislamiento del núcleo vecinal y marginación (Belsky, 1980, citado por Nogueroles y Fernández, 2013).

Prosiguiendo con esta problemática, es importante conocer los perfiles que intervienen en el abuso. Por un lado, Villanueva (2013) plantea que dentro de familias multiparentales, con la llegada de nuevos miembros, las relaciones pueden cambiar, siendo los ASI por padrastros frecuentes, aumentando hasta en dos veces el riesgo de ser víctima (Perrone y Martínez, citado por Villanueva, 2013). En otras familias, como las monoparentales, se producen abusos los fines de semana por parte del padre, o por una ausencia real de la madre. Dentro de la pareja, encontramos aquellos casos con poca actividad sexual o donde hay una infidelidad o mujeres dependientes.

#### Perfil del abusador (según la propuesta de Perrone y Martínez, 2007)

En la mayoría de las ocasiones se trata del padre. Este perfil no es fijo y puede ser de cualquier clase social (Nogueroles y Fernández, 2013).. Según la propuesta de Perrone y Martínez (2007) encontramos dos tipos de perfiles de abusadores.

#### -Primer tipo: “abuso tierno”

- Padre: Hombre reservado, se muestra moralista. En la relación acepta a su mujer. Puede generar ternura, simpatía y deseo de protección, herramienta que usa para encandilar a su víctima. En el abuso, trata al menor como algo ideal, siendo individuos con aversión a la sexualidad adulta. En caso de confirmarse psicopatología, se trata de pedofilia, caracterizado por fantasías, impulsos o conductas sexualmente excitantes, intensas y recurrentes que involucran a adolescentes prepúberes o jóvenes, generalmente menores de 13 años (DSM-V, 2013)
- Madres que emplean la seducción lúdica hacia el menor, no buscan reciprocidad ni emplean coerción ni violencia. Recurren a su posición como madre para tener acercamientos con el menor mediante gestos eróticos, excitándoles, etc.

### -Segundo tipo: “abuso agresivo”

Abusador que busca someter a los otros mediante el uso de violencia (tanto física como psicológica). Emplea la humillación como herramienta. Son sujetos incapaces de sentir empatía por otros, busca su satisfacción personal a nivel sexual sin preocuparse por el menor. Disfruta aterrizando y torturando a su víctima, la graba y puede recompensarlos económicamente, pudiendo conducir al menor a la prostitución (Perrone y Martínez, 2007, citado por Villanueva, 2013). Algunos de estos pueden haber experimentado abusos y maltratos en su infancia y no han recibido tratamiento, no teniendo conocimiento de otras formas de interacción, normalizándolo (Noguerol y Fernández, 2013).

### Perfil de la madre

En sintonía con el perfil anterior, observamos que las madres (con frecuencia la progenitora no agresora/abusadora) se muestran pasivas y con algún tipo de dependencia (afectiva u económica), la cual también está presente cuando estas mujeres toman el rol de co-agresoras. Ante la revelación, tienden a optar por el silencio, siendo ambivalentes. Sienten que no pueden modificar lo que ocurre y defienden el ideal de familia perfecta, tratando de solucionar el conflicto a través del silencio y el hermetismo dentro del hogar. Son madres que a pesar de ver situaciones que pueden aumentar las sospechas de abuso (como que su pareja se encierre con su hijo en una habitación) le restan importancia. Los casos estudiados por Save The Children España (2017) revelan que 1 de cada 3 madres decidieron no denunciar. Por otro lado podemos encontrar el caso de madres que introducen en el seno familiar parejas que pueden acceder al menor.

### Perfil de los menores víctimas

Por último, el perfil de las víctimas de ASI está conformado por una serie de características física y de personalidad, siendo aquellos vulnerables y manipulables los más propensos a convertirse en el objeto de abuso. En especial, aquellos niños con necesidades especiales, con alguna minusvalía física, sensorial o psíquica, siendo para ellos más difícil defenderse del abusador y de revelarlo a causa de su condición. Según los datos recogidos en el estudio de Save The Children España (2017) los niños son abusados entre los 11 y los 12 años de edad por conocidos (entrenadores, profesores, etc.) mientras que en las menores el abuso se produce entre los 7 y los 9 años de edad por personas de su entorno familiar. Sin embargo, las relaciones profundas no suelen darse hasta la pubertad (Intebi, 2011, citado por Villanueva, 2013).

### 3.5 Consecuencias del ASI

El abuso sexual infantil supone una situación traumática para aquel que la experimenta. En aproximadamente la mitad de las víctimas de ASI se produce un aumento de problemas psicológicos (González y Ortiz, citado por Fernández y Villamarín, 2021). Entre el entramado de secuelas que este fenómeno puede generar, Finkelhor (citado por Intebi, 2007) las clasificó en cuatro grandes grupos:

- 1) Sexualización traumática: fruto de una estimulación sexual precoz. A nivel emocional la víctima se posiciona entre el rechazo o la sobreestimación del sexo. Se pueden desarrollar problemas de identidad sexual (Save The Children España, 2017). A nivel conductual nos encontramos ante conductas sexualizadas (exhibicionismo, promiscuidad, masturbación compulsiva) o evitación de encuentros sexuales y, en caso de producirse, son experiencias negativas.
- 2) Estigmatización: Sgroi (citado por Intebi, 2007) plantea el “síndrome de la mercancía dañada”, sintiéndose estas personas dañados para siempre, pueden sentir baja autoestima e inferioridad (Save The Children España, 2017). Encontramos casos en donde sienten una mezcla de culpa y vergüenza a causa del placer sentido, que es incompatible con la naturaleza de los hechos (Noguerol y Fernández, 2013). En etapas adolescentes, esto puede conducir al consumo de sustancias, conductas de riesgo, intentos autolíticos y conductas antisociales (Save The Children España, 2017)
- 3) Traición: Es quizás la secuela más intensa del ASI, ya que los menores no se han sentido protegidos por aquellos que deberían hacerlo. Encontramos manifestaciones como rabia, impulsividad, desarrollo de personalidad límite. Pueden evitar establecer relaciones profundas con otros iguales y con sus propios familiares (en esto influye el apoyo percibido), , uso de la manipulación o re-experimentar el trauma con parejas dañinas. En el ámbito escolar, encontramos a menores con problemas para empatizar y comunicarse con sus compañeros, dificultando el desarrollo de habilidades psicosociales óptimas (Mateos-Mateos, 2017, citado por Fernández y Villamarín, 2021)
- 4) Desvalimiento: Diferenciamos aquellas personas que son vulnerables que pueden experimentar ansiedad, fobias, problemas de sueño, TCA, TEPT, rechazo del propio cuerpo (Save The Children España, 2017). Pueden llevar a cabo conductas evitativas que conduzcan a estados disociativos. Por otro lado, encontramos a sujetos que se

identifican con su agresor y buscan tener el control mediante la hostilidad y la agresividad, abusando de otros.

### **3.6 Modelos explicativos**

Procedemos a presentar de forma sintética una serie de modelos relacionados con el fenómeno del abuso sexual infantil.

1. La teoría del Procesamiento Adaptativo de la Información (AIP-model): Este modelo será crucial para el tratamiento de EMDR. Shapiro (2001) plantea que toda persona tiene un sistema con el que procesa la información (experiencias, sentimientos, emociones, etc.). Cuando entra nueva información al organismo, esta se asocia con la que ya tenemos almacenada previamente. Ante un evento traumático (en este caso el ASI) este procesamiento puede darse de manera disfuncional, de manera que ante nuevos estímulos similares al evento traumático, se re-experimenten, pudiendo dar lugar al TEPT. Por tanto, la solución de la autora es procesar de forma funcional este evento, proponiendo el EMDR como herramienta para el cambio (Noguerol, 2016).
2. Trastorno por estrés postraumático (TEPT): Modelo que ayuda a entender las diversas reacciones psicológicas en víctimas y algunos agresores sexuales y/o maltratadores. El TEPT se produce al experimentar un estrés emocional ante una situación traumática que supera los mecanismos de afrontamiento del menor, reapareciendo con frecuencia el estrés en el menor aunque la situación precursora del trauma haya finalizado. Dentro de las distintas manifestaciones, el DSM V incorpora entre sus criterios para confirmar este diagnóstico hipervigilancia, evitación de pensamientos y de lugares, así como de personas relacionados con el abuso, cambios en el estado de ánimo, terrores nocturnos, recuerdos recurrentes sobre el suceso vividos con malestar, presencia de flashbacks, etc. Autores como Echeburúa (1995, citado por Noguerol y Fernández, 2013) plantean que el TEPT está presente en casi la mitad de las víctimas de agresiones sexuales, por lo que es una teoría que nos puede resultar muy útil para el tratamiento del menor abusado.
3. Síndrome de indefensión aprendida: Teoría propulsada por los experimentos que Seligman realizó en 1975 al administrar descargas eléctricas en animales, observando que dejaban de dar respuestas con el paso del tiempo cuando se repetía el experimento. Extrapolando lo que les ocurría a estos animales, el menor expuesto de forma repetida a un suceso como el abuso, que escapa de su control, genera una situación en el que el menor se resigna a que siga ocurriendo (indefensión), con el consecuente déficit a



nivel emocional y cognitivo. Los efectos podrán ser mayores si el menor abusado establece un locus de control externo, en el que la situación escapa a su control, la ve como algo persistente y de difícil solución, pudiendo generar en él síntomas depresivos.

4. Disociación a causa del abuso: El menor abusado la experimenta al enfrentarse a una situación estresante (González, 2010, citado por Noguerol y Fernández, 2013), pudiendo afectar a su identidad, memoria, ideas, sentimientos y percepciones propias, viéndose estas separadas del conocimiento consciente. Se podría considerar como un mecanismo de defensa excepcional en el que el menor, al no poder tolerar el estrés que el abuso le produce, se “evade” de lo que ocurre (siendo esto uno de los motivos por los que quizás no recuerden todo lo ocurrido con exactitud), siendo una respuesta que podemos asimilar a la reacción instintiva de congelación de algunas especies animales (Scaer, 2001)
5. Modelo dinámico traumatogénico: ciclo de abuso sexual víctima-maltratador: Este modelo elaborada por Finkelhor y Krugman en 1993 (citado por Villanueva, 2013) está relacionado con el perfil de abusadores sexuales que previamente han sido víctimas, siguiendo un itinerario a través del cual tratan de salir de su propia victimización.

En primer lugar, encontramos la motivación del agresor para cometer el abuso, ya sea por transmisión intergeneracional, por psicopatía, por problemas de autocontrol o por tratarse de un pedófilo. Seguidamente, el agresor debe de verse capaz de cometer el abuso, superando sus miedos (encontramos la dificultad de adultos para empatizar con las necesidades de los menores y el consumo de pornografía infantil) al identificarse con el agresor, eliminando su indefensión y ansiedad ejerciendo el control sobre otro. A esto se suma la existencia de patrones sexuales disfuncionales y las distorsiones cognitivas que justifican la repetición del abuso tales como “no soy el único que lo ha hecho” o “si yo lo he sufrido, otros también”.

No obstante, toda persona abusada no se convierte en autor de otros abusos, por ello es clave para la víctima establecer relaciones que favorezcan su bienestar y autoestima en su entorno social (Belsky, 1993 y Marshall, 2001; citado por Noguerol y Fernández, 2013) o a través de la relación terapéutica (Noguerol, 2011).

### **3.7 Las fallas en el sistema judicial (y otras instituciones) y las posibles soluciones.**

Ante este tipo de situaciones en las que puede verse damnificado el bienestar del menor, perjudicando a su desarrollo personal y evolutivo y salud (tanto física como psicológica), el Estado español tiene una serie de recursos y mecanismos para tratar de poner una solución al abuso que están sufriendo o que han experimentado. Sin embargo, tanto el sistema judicial como otras instituciones y profesionales que se ven envueltos en la intervención frente a este problema, son ineficaces o cometen errores que generan el efecto contrario al que buscan, perjudicando al menor. Por ello, abordaremos varias de estas fallas, gracias al exhaustivo análisis de 203 sentencias reflejado en el informe “*Ojos que no quieren ver: Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*” (Save The Children España, 2017) junto a posibles soluciones para erradicar del sistema estos errores.

- I. Ausencia de educación afectivo- sexual en los centros. Se ha observado que, en países donde se implementan asignaturas de esta temática (desde aspectos conductuales en los más pequeños hasta contenido reflexivo para adolescentes sobre relaciones sanas), como es el caso de Canadá, las probabilidades de ser víctimas de abuso se reducen hasta la mitad.
- II. Padres no formados en parentalidad positiva ni en formas de actuación ante la posible revelación de un abuso. La formación (a través de instituciones como la Comisión de Apoyo Familiar) posibilitarían criar a los menores para que fuesen menos vulnerables a convertirse en los “target” del abusador. Además, es clave que los padres trasladen su aprendizaje a sus hijos.
- III. Información equivocada o ausente de carácter sexual: En la actualidad, el acceso a internet a informaciones y formas “distorsionadas” sobre el sexo, generan pensamientos equivocados en el menor. A esto se suma el tabú generalizado en la mayoría de los hogares sobre tratar el tema del sexo dentro de la díada padres-hijos.
- IV. Falta de formación específica en ASI de los profesionales encargados de valoración de estos sucesos, así como la de aquellos puestos de trabajo con menores (profesores, entrenadores, monitores, etc.). La formación en violencia y protección a la infancia debería ser obligatoria, así como el conocimiento de los indicadores observables en los menores al sufrir ASI y cómo actuar ante la revelación, al igual que es necesaria la especialización en esta materia en jueces, abogados, magistrados, etc. Respecto a

los médicos, es clave que se sientan capacitados para afrontar la situación (para no derivarlos a otros) y saber elaborar un parte de lesiones válido para el juicio.

- V. Falta de profesionales para gestionar todos los casos. Esto lo ha manifestado la propia Asociación de Psicólogos Forenses de la Administración de Justicia, que hablan de la necesidad de contar con más profesionales. Se estima que son 400 profesionales encargados de elaborar 4000 informes anuales, lo que dificulta una correcta aplicación del SVA (Sistema de Análisis de Validez de las Declaraciones) del que dependerá la decisión del juez sobre creer o no el testimonio del menor. Además, este método no es perfecto, ya que se estima que de cada 10 testimonios verdaderos, 3 son clasificados como falsos.
- VI. “Cifras negras” del abuso: En los centros educativos (a pesar de que muchos cuentan con un protocolo de actuación) solo un 15% de los colegios donde se ha comunicado el abuso, se ha procedido a la acción. Esto refleja la falta de compromiso y de formación de los profesionales de estas instituciones para proceder adecuadamente. Cabe recalcar que es imperativo para el profesional (en base a la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, artículo 13) la comunicación (que es distinto de denunciarlo) de la sospecha de ASI para la posterior valoración por el profesional pertinente.
- VII. Justicia “con taras”
- Aquellos casos que llegan a proceso judicial (media de 3 años de duración), un 70% de estos no llegan nunca a fase oral. Además, de cada 10 casos abiertos en tribunales, 7 son sobreseídos por una inadecuada recogida del testimonio del menor (única prueba en la mayoría de los abusos). Es preocupante esta situación, ya que el 93% de los menores dicen la verdad, por lo que hay que implementar mejoras en el método de recogida del testimonio.
  - Inadaptación de los espacios y de los procedimientos para que el menor no se vea revictimizado por las instituciones. Tendrían que establecerse espacios, así como profesionales adecuados. Es clave dar preferencia para que estos juicios se celebren cuanto antes, e incluyendo la valoración psicosocial del estado del menor y buscando evitar cualquier tipo de contacto con su abusador (hay casos donde se ha usado un biombo en sala para “proteger” al menor de su abusador).
  - Mediatización de los casos, violando los derechos de intimidad y protección del menor.

- Una situación de riesgo para el menor son las denuncias que se producen en caso de divorcio contencioso. En estos casos, encontramos la aplicación del SAP (Síndrome de Alienación Parental). Científicamente esto no existe y solo perjudica al menor, ya que con independencia de que el abuso se haya producido o no, el menor ante estas situaciones de riesgo debería contar con la protección pertinente por parte del estado. Por lo tanto, la aplicación del SAP no debería tener cabida en las resoluciones judiciales, además, no debería ser extraño que la madre sea la denunciante, pues solo un 0,33% de los abusos son cometidos por las madres de las víctimas.
- No hay espacio para el interés superior del menor. En las sentencias analizadas no se hacía referencia a este, cuando según la Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas, es un derecho, principio y regla de procedimiento, el cual debe primar en cualquier acción en estos casos.
- Revictimización del menor en el proceso judicial. De media, los menores cuentan hasta cuatro veces los hechos ocurridos (a la policía, juzgado de instrucción, psicólogo forense y en sesión plenaria del juicio oral).
  - Además de perjudicarles psicológicamente, el repetir el relato puede hacer que se vea contaminado, o que no se mencione algún detalle, lo que acaba perjudicando en la valoración de credibilidad del menor. La solución a este gran problema sería establecer la obligatoriedad de la **prueba preconstituida** (grabación del relato del menor mediante una entrevista) , la cual dentro del análisis, solo se ha aceptado en un 14% de los casos. El relato del menor en muchas ocasiones es la única prueba, ya que se producen en la intimidad, por lo que debe recogerse cuanto antes, pues en este sistema legal, es la víctima la que debe demostrar lo ocurrido frente a la presunción de inocencia del acusado.
  - Sumado a lo anterior, la falta de coordinación de los profesionales (servicios sociales, policía, juzgados, sistema educativo y sanitario) así como las contradicciones entre ellos (encontramos psicólogos forenses que consideran no creíble el testimonio del menor mientras que este está recibiendo tratamiento terapéutico a causa del abuso), que hace que el menor sufra esta revictimización, por lo que se debería buscar mecanismos que armonizaran a todas las partes que intervienen. En otros países, la solución implantada (fruto de los Estados Unidos en 1986) son las **Casas de los Niños** y las **Barnahaus** (fundadas en Islandia en 1998), instituciones en las que el menor es evaluado a nivel psicológico y físico por médicos y psicólogos. Tras esta, se deriva al menor y familia al tratamiento

oportuno en dicho espacio. En los países en los que se ha implantado, la investigación y el tratamiento son mejores por su coordinación.

- Tiempo de espera largo para los juicios, aplicándose en 4 de cada 10 condenas la atenuante por dilación indebida, reduciendo su condena, impidiendo que el menor pueda reparar los daños a causa del abuso. De forma paralela a esto, en casos donde el abusador forma parte del núcleo familiar (como puede ser su padre), el menor puede seguir encontrándose en contacto continuado con él, perpetuando el sufrimiento de este. En países como Finlandia, existen los Jouko-Days, días reservados para la resolución de casos relativos a menores.
- Resoluciones enfocadas a mejorar la relación paterno-filial con los padres denunciados más que a tomar medidas de protección de los menores. Además, en los casos de sobreseimiento, podemos encontrarnos con menores conviviendo con sus posibles abusadores, generando revictimización, un trauma más intenso y más complejo. Además, las madres deben de contar con apoyo psicológico, ya que ver su sufrimiento puede hacer al menor sentirse más culpable. Por otro lado, en casos donde el padre es el posible abusador, el menor ve dificultada su vía de tratamiento terapéutica, pues necesita consentimiento de ambos progenitores.

VIII. Falta de recursos a los que acudir y calidad insuficiente de los existentes: En España, solo 5 de 17 comunidades autónomas cuentan con un servicio gratuito y universal para las víctimas de ASI. Por ello, sería clave la creación de una **ley** orgánica para la **erradicación de la violencia contra la infancia**, que unificara los mecanismos y las actuaciones a nivel estatal, acabando así con las diferencias entre territorios

### **3.8 Intervención en el trauma con EMDR**

El abuso sexual infantil, al poder constituir una situación traumática, la persona puede desarrollar TEPT, afectando a su desarrollo desde que se ha experimentado, hasta edades adultas. Actualmente para el abordaje del TEPT encontramos la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma, la terapia de exposición y el EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimiento Oculares), creado por Shapiro en 1987 e integrado en la guía de la Organización Mundial de la Salud, como primera opción para el tratamiento del TEPT en adultos, niños y adolescentes, siendo este el motivo por el que nos centraremos en él.

– **Protocolo estándar de aplicación del EMDR (Navarro et al. , 2016)**

- 1) Recogida de la historia del paciente, valorando el evento traumático y seleccionando aquellos eventos a trabajar.
- 2) Preparación del paciente, practicando las modalidades de estimulación bilateral: movimientos oculares (moviendo los dedos en el plano horizontal del campo visual del paciente), tapping (golpear suavemente las manos del paciente que reposan en sus rodillas) y estimulación auditiva bilateral (a través de auriculares). De forma paralela se refuerzan otras áreas como la asertividad, autorregulación, siendo la fase más importante, pues ayuda al paciente a estar calmado, pudiendo acceder al contenido traumático.
- 3) Evaluación del recuerdo, observando qué siente, qué piensa, qué nota a nivel corporal el paciente. Usamos para ello una escala de malestar del 0 al 10 (SUD: escala de unidades subjetivas de perturbación) y otra de cognición positiva del 1 al 7 (VOC: escala de validez de creencia).
- 4) Desensibilización del recuerdo: Trabajo de procesamiento e integración del recuerdo traumático y todas las sensaciones negativas asociadas a este a través de tandas de movimientos bilaterales de 30-40 seg hasta que el recuerdo ya no genera malestar.
- 5) Asociar cogniciones positivas con el evento traumático (abuso)
- 6) Examen corporal para valorar si persiste malestar o no y seguir trabajando para erradicarlo o reforzar la sensación de bienestar.
- 7) Cierre recordando al paciente los posibles efectos del EMDR (insight, pensamientos nuevos, aparición de recuerdos, etc.)
- 8) Reevaluación entre sesiones con el objetivo final de procesar el abuso de forma funcional

– **Hipótesis actuales sobre el funcionamiento del EMDR**

La técnica de EMDR ha suscitado desde su aparición mucho interés. Por ello, diversos autores han tratado de analizar cómo influyen los movimientos oculares (elemento “esencial” de la terapia). Actualmente encontramos tres hipótesis (citadas por Jeffries y Davis, 2013):

- 1) Hipótesis de la respuesta de orientación (RO): Los movimientos con la mano del terapeuta desatan una respuesta que el ser humano emplea para valorar el entorno (Armstrong y Vaughan, 1996). En el EMDR, la RO facilita atender al recuerdo del abuso sin tener que evitarlo, favoreciendo la entrada de nueva información relativa a

este. Según Stickgold (2002) a través de los movimientos y mecanismos similares a los que ocurren en la fase del sueño REM (Stickgold, 2002), favoreciendo la integración del evento. Esto se debe a que el sueño desempeña un papel clave en la relación entre lo que nos ocurre (memoria episódica) y el significado que le damos (memoria semántica), asociación que en los casos del TEPT no ha ocurrido (Stickgold, Hobson y Fosse, 2001). Por tanto, a través del EMDR se puede procesar el abuso como algo pasado y no como un evento presente.

- 2) Hipótesis del aumento de la interacción interhemisférica: Esta hipótesis surge de diversos estudios (Christman y Propper, 2001; Christman, Garvery, Propper y Phaneuf, 2003), en los que los movimientos oculares bilaterales sacádicos mejoran la interacción entre hemisferios, ayudando a recuperar fragmentos vividos relacionados con el trauma (Christman et al, 2003). Posteriormente, Propper y Christman (2008) concluyeron que estos MO aumentan la comunicación entre los hemisferios cerebrales, facilitando el acceso a la memoria episódica relacionada con el evento. Otros autores (Compton y Mintzer, 2001) añaden que gracias a este aumento del flujo cerebral el estrés disminuye.

Sin embargo, estudios más actuales (Samara, Elzinga, Slagther y Nieuwenhuis, 2011, citados por Navarro et al., 2016) demuestran que no se aumenta la interacción entre los hemisferios cerebrales, por lo que habría que valorar si gracias al EMDR se ven afectados otros mecanismos cerebrales.

- 3) Hipótesis de la memoria de trabajo: Considera los movimientos oculares como una tarea de atención dual que abarca y consume los recursos de la memoria de trabajo del paciente. Andrade et al. (1997) plantean que los movimientos oculares son una gran tarea de atención dual al incorporar un carácter visual y otro espacial, siendo más exigentes para el paciente, al tener este que mantener el recuerdo en tiempo presente mientras se concentra a la vez en la tarea, teniendo que dividir su atención pudiendo alterar los recuerdos asociados al trauma, disminuyendo su re-experimentación, reduciendo así el TEPT (Smeets et al, 2012, citado por Navarro et al., 2016).

#### **– Utilidad y ventajas del EMDR**

A nivel práctico, al tratarse el EMDR de una terapia ecléctica (Navarro et al., 2016) hace que sea un método compatible con las distintas orientaciones terapéuticas: psicodinámica (importancia de las vivencias tempranas), terapia cognitivo conductual centrada en el

trauma (exposición en imaginación) y con la terapia humanista (al estar centrada en las sensaciones que el paciente experimenta).

Además, una de las ventajas del EMDR frente a otros métodos es que el paciente no tiene que verbalizar (si no lo desea) su experiencia, bastándole con mantenerlo en la mente durante la sesión. De cara a las experiencias de abuso sexual esto es un gran punto a favor, ya que la revelación de la víctima es algo muy complejo para ella, influyendo también en estas las reacciones previas de otras personas (como sus figuras de apego) ante la revelación. El tener que contar lo ocurrido cuando no se “está preparado” puede acabar convirtiéndose en un motivo de abandono del tratamiento (Kilpatrick y Best, 1984, citado por Navarro et al., 2016).

#### **– Aplicación del EMDR en menores víctimas de ASI**

Antes de llevar a cabo la valoración de aplicación de EMDR en menores, resaltamos que, según guías de la Sociedad Internacional para el Estudio de Estrés Traumático (Foa et al., 2008) el EMDR tiene una mejor valoración en aplicación en población adulta frente a población infanto-juvenil, ya los estudios de estos últimos no son aleatorios y no hay placebo, por lo que desconocemos qué puede influir en la efectividad del tratamiento del trauma en menores. A esto se suma la limitación de estudios disponibles para el tratamiento del abuso sexual a través del EMDR, ya que acceder a la muestra de menores es más complejo que a una adulta.

En la revisión realizada por Beer (2015) de 15 estudios de la aplicación del EMDR a niños y adolescentes con síntomas de TEPT, se produjo una mejora significativa tras el tratamiento, reduciéndose los síntomas (tanto del TEPT, como de otros relativos al trauma). Entre estos estudios nos centraremos en los que el TEPT está relacionado con el ASI. El estudio de Hensel (2009) concluyó que no hubo diferencias significativas entre los preescolares (6 años de edad o menos) y los menores en etapa escolar víctimas de agresión sexual a la hora de beneficiarse del EMDR. El estudio de Sheck, Schaeffer y Gillete (1998) compararon los efectos en un grupo de escucha activa frente a uno de EMDR entre 16 y 25 años de edad, siendo en este último grupo donde los síntomas del TEPT, ansiedad y depresión se redujeron significativamente. En el estudio de Jaberghaderi et al. (2004) donde se hicieron dos grupos (uno de TCC en el trauma y otro de EMDR) con niñas de 12-13 años de edad, a pesar de obtener mejoras significativas con ambos métodos, el EMDR necesitó menos sesiones y menos trabajo en casa, además que no necesitaron tratamientos adicionales como en el otro grupo. En otro estudio



(Ahmad et al., 2007) se estudiaron 33 niños entre 6-16 años de edad con TEPT a causa de un abuso físico y sexual cronificado, reduciéndose tras el tratamiento los síntomas de reexperimentación, pero no los de hiperactivación (pues seguían viviendo en situaciones de estrés)

Por otro lado, un estudio neurofisiológico de la onda P300 llevado a cabo por García (2008) manifiesta que tras el uso del EMDR en menores (entre 8 y 15 años de edad) abusados sexualmente experimentaron mejorías en sus habilidades cognitivas (atención y velocidad de procesamiento de la información), obteniendo cambios más significativos los menores entre los 8 y 10 años de edad.

#### **4. Discusión**

Como hemos podido observar, aunque el sistema tiene establecidos una serie de mecanismos y de procedimientos para auxiliar a los menores en situaciones de riesgo y desprotección cuando son vulnerables, las instituciones cometen errores. A pesar de la conciencia social presente en el mundo acerca de la problemática del abuso sexual infantil, es evidente la falta de formación para una correcta actuación en el ámbito familiar. En las diferentes instituciones que llevan a cabo un papel esencial para ayudar a las víctimas, también han colaborado en más ocasiones de las que debieran a generarle un daño mayor.

Fallos que no tendrían que ocurrir, ya que el ASI entrama una serie de consecuencias que van más allá del propio suceso. Además, como ya hemos planteado, la mayoría de los abusos no se producen de manera aislada y tienden a repetirse en el tiempo, aumentando la gravedad y la intensidad de las secuelas en las víctimas. Desde aquellos adultos del entorno del menor y de los profesionales en el área, deben de tener la capacidad de socorrerlo, por lo que es necesario que dispongan y/o tengan conocimiento de las herramientas disponibles para poder actuar lo más pronto posible.

Una intervención rápida en los casos de abuso, contar con el apoyo familiar y de su entorno, con un proceso judicial eficiente y que vele por su interés y sus derechos no debería de suponernos algo extraño. Por desgracia, los fallos están y seguirán presentes. Estos no solo competen a las instituciones pertinentes, sino que atañe a toda la sociedad, pues todos debemos de velar por el cuidado de la infancia, buscando soluciones para no incrementar el daño experimentado por las víctimas de abuso. El planteamiento de la Casa de los Niños es una entre tantas de esas soluciones que ya en otros países aplican y son eficaces para este fin.

Por la gravedad que revierte el ASI, es fundamental que el menor disponga de un tratamiento adaptado a sus necesidades. En este trabajo hemos abordado el novedoso EMDR, que, si bien parece resultar eficaz para el tratamiento del TEPT (secuela muy común en ASI), los estudios de los que disponemos presentan cierta limitación relacionada con que es una técnica “novedosa”, lo que, sumado a la dificultad para acceder a menores víctimas de ASI dificulta el poder esclarecer de una manera más clara su utilidad en este tipo de problemática. También podría ser una buena línea de investigación el poder llevar a cabo estudios longitudinales en los que valorar la eficacia

de intervenciones con EMDR en menores con el paso del tiempo y así poder conocer que implicaciones ha supuesto el tratamiento en su posterior desarrollo evolutivo.

Por el potencial que muestra esta novedosa técnica, es necesario una mayor investigación de esta, en especial, estudios centrados en ASI. La dificultad de acceso a muestra infanto-juvenil es otro impedimento, pues, como sabemos, la revelación del abuso, en muchas ocasiones, es tardía con respecto al momento en el que sucedieron, llegando a casos donde no se revelan nunca. La ayuda es algo vital.

## **5. Conclusión**

El fenómeno del abuso sexual infantil es un asunto que necesitamos como sociedad erradicar. La sociedad tiene un alto grado de conciencia respecto al problema, pero un desconocimiento de la verdadera gravedad y entresijos de este problema. Partiendo de mitos como que las personas creen que si ocurriese en su entorno lo sabrían, que no ocurre con tanta frecuencia y que son casos aislados, que se produce violencia física, que no ocurre en clases sociales elevadas, que aquellos que los cometen tiene algún problema de salud mental, y un largo etcétera que desvirtúa la realidad del abuso y que dificulta que personas no profesionales puedan auxiliar a las víctimas.

Aunque cada caso es diferente (debido a los distintos mediadores en el impacto), la mayoría de las víctimas experimentan una serie de fases: secreto, desprotección, acomodación, revelación y retractación. De forma paralela, las víctimas desarrollan una serie de consecuencias a nivel psicológico (trastornos de personalidad, disociativos, baja autoestima, TEPT, etc.) como a nivel comportamental (conductas agresivas, autolíticas, impulsivas, etc.) que pueden arrastrar hasta edades adultas. Por ello es clave conocer los indicadores del abuso, para poder actuar a tiempo, para acabar con la situación asimétrica y coercitiva que experimenta el menor, al verse manipulado por su agresor.

En línea con lo anterior, el fenómeno del ASI no se limita a los dos protagonistas víctima-agresor, ya que intervienen otras personas e instituciones en él. Queda claro que no existen unos perfiles que siempre se repitan dentro del abuso (ya que puede darse tanto en el seno de la familia-intrafamiliar, como por alguien externo-extrafamiliar), pero lo que es patente, es que el menor en todos ellos necesita auxilio para salir de la situación en la que se encuentra inmerso, ya que (como plantean diferentes modelos explicativos) se sitúa como alguien vulnerable, que ve superadas todas sus defensas ante los abusos,

sintiéndose incapaz de asimilar todo lo que está experimentando, y que, en muchos casos, terminan “asumiéndolo” , empleando la disociación para sobrevivir al complejo trauma.

Ante la complejidad de este fenómeno, es esencial una correcta intervención por parte de los profesionales de las diferentes instituciones intervinientes: médicos, policías, trabajadores sociales, psicólogos clínicos y forenses, jueces, etc. así como por parte de los adultos “de confianza” del menor.

A pesar de que las denuncias han aumentado en los últimos años, hay muchos errores presentes que dañifican al menor: la ausencia de educación afectivo-sexual en los centros, la falta de formación de padres en parentalidad positiva, información equivocada sobre el sexo, falta de formación específica en ASI de los profesionales, pocos profesionales para gestionar los casos, procesos judiciales largos que favorecen al agresor por dilación indebida, espacios inadaptados, así como la ausencia de recursos. La necesidad de una ley orgánica que establezca la prueba preconstituida como obligatoria, así como un juzgado especial para tratar los casos de menores y la construcción de Casas de los Niños en España, son varias de las posibles soluciones para erradicar estos fallos.

Por otro lado, uno de los aspectos que más valoran las víctimas es contar con apoyo tras lo ocurrido, ya que construir relaciones positivas en el futuro es fundamental para su recuperación. Para paliar las diferentes secuelas que el ASI causa, el EMDR es una técnica de intervención en el trauma novedosa que está recogiendo resultados positivos para el tratamiento del EMDR tanto en adultos víctimas de ASI, como en población infanto-juvenil. Creada por Shapiro y basada en los movimientos horizontales sacádicos de los ojos (asimilándose a los realizados durante la fase REM), ayuda a las víctimas a procesar e integrar aquellos elementos que no han podido ser procesados adecuadamente al verse bloqueados por la experiencia traumática del abuso. A pesar de ser un método que requiere de más investigación, es uno de los métodos más recomendados por instituciones como la OMS para el tratamiento del trauma.

Como sociedad necesitamos proteger a la infancia de todas las formas de maltrato vigente. En el caso del abuso es necesario acabar con los mitos instaurados y ser capaces de tomar las medidas pertinentes. A nivel institucional, hay que buscar soluciones y fijarnos en la “ventaja” que otros países nos llevan, proporcionar recursos e información para que todo el mundo sepa actuar ante las revelaciones de las víctimas, al igual que es vital saber detectarlas por los profesionales. No es un problema que se limite a un entorno, ni a una

clase, es algo que puede ocurrir muy cerca de cada uno de nosotros, ya que, aún en contra del pensamiento de la sociedad , 1 de cada 5 menores es víctima de abuso sexual infantil.

## **6. Referencias bibliográficas.**

- Albach, F., Moorman, P. P., & Bermond, B. (1996, diciembre). Recuperación de los recuerdos de abuso sexual infantil. *Dissociation*, 9(4), 1-19. <https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2009/Recuperacion-en-terapia-recuerdos-abuso.pdf>
- Ayuntamiento de Madrid. (2008) *Manual de intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Recuperado de <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/ServALaCiudadania/SSociales/EspInformativos/Especial%20Infancia/Publicaciones/manual.pdf>
- Beer, R. (2015, julio). Eficacia de la terapia EMDR en niños con TEPT: una revisión de la literatura. *emdr-es.org*. <https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2019/Eficacia%20de%20la%20terapia%20EMDR%20en%20ni%C3%B1os%20con%20TEPT%20.pdf>
- Brown, G. (2019, julio). *Trastorno pedófilo*. Manual MSD. Versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/sexualidad-disforia-de-g%C3%A9nero-y-parafilias/trastorno-ped%C3%B3filo>
- Convención sobre los derechos del NIÑO. (1989). Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. *Entrada en vigor*, 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49, [en línea].
- Fernández Del Valle, J., & Brava Arteaga, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14(1), 118-123. <http://www.psicothema.com/pdf/3481.pdf>
- Fernández Hermida, J.R. & Villamarín Fernández, S. (2021) Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Volumen 1. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.cop.es/pdf/LibroBlanco-Volumen1.pdf>
- García Espiñeira, M. C. (2017). *Estudios cognitivos en niños abusados sexualmente*. Universidad de Cartagena. Repositorio UdeC.

<https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/4846/investigacion%20definitivo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Gutiérrez Luque, N. (2020, diciembre). Un caso de Trastorno de Estrés Postraumático tras revictimización sexual. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 10(2), 1-20.

[https://psicociencias.org/pdf\\_noticias/Un\\_caso\\_de\\_TEPT\\_tras\\_revictimizacion\\_sexual.pdf](https://psicociencias.org/pdf_noticias/Un_caso_de_TEPT_tras_revictimizacion_sexual.pdf)

Intebi, I. (2007). Generalidades de la valoración. En I. Intebi (Ed.), *Valoración de sospechas de abuso sexual infantil. Seminario de formación y supervisión técnica en valoración de sospechas de ASI* (1- 23). Colección Documentos Técnicos.

Jeffries, F., & Davis, P. (2013, mayo). ¿Cuál es el rol de los movimientos oculares en la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) para el trastorno de estrés postraumático (TEPT)? Una revisión. *behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(3), 290-300. <https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%20C3%28DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2014/1401-2.-Jeffries-Davis-Papel-de-movimientos-oculares-en-TEPT.pdf>

Ley Orgánica 8/2015 de Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. (BOE, núm. 175, del 22 de julio de 2015)

Ley 26/2015 de Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. (BOE, núm. 180, del 29 de julio de 2015)

Monteleone, R. (2006). Abuso sexual infantil. La retractación de la víctima y sus consecuencias procesales. *edumargen.org*. [http://www.edumargen.org/docs/curso27-17/unid05/apunte04\\_05.pdf](http://www.edumargen.org/docs/curso27-17/unid05/apunte04_05.pdf)

Noguerol Noguerol, V., & Fernández Gómez, M. (2013). Cómo detectar e intervenir en maltrato y abuso sexual infantil. *Curso “Cómo detectar e intervenir en maltrato y abuso sexual infantil” Módulo 1: Detección del maltrato*, (pp. 1-23). Centro de Psicología Noguerol. TEA EDICIONES S.A.U.

Noguerol Noguerol, V., & Fernández Gómez, M. (2013). Cómo detectar e intervenir en maltrato y abuso sexual infantil. *Curso “Cómo detectar e intervenir en maltrato y abuso sexual infantil” Módulo 2: Evaluación e intervención institucional*, (pp. 1-46). Centro de Psicología Noguerol. TEA EDICIONES S.A.U.

Noguerol Noguerol, V. (2016, noviembre). *Abuso sexual infantil, veinte años después. ¿Qué hemos aprendido?*[Comunicación en congreso]. Jornada de Presentación Oficial de la Delegación ACUM Teres de Ponent, Les Avellanes, España.

[http://www.acim.cat/wp-content/uploads/2016/03/Abstract-confer%C3%A8ncia-Vict%C3%B2ria-Noguerol\\_Jornada-26.11.16-8.pdf](http://www.acim.cat/wp-content/uploads/2016/03/Abstract-confer%C3%A8ncia-Vict%C3%B2ria-Noguerol_Jornada-26.11.16-8.pdf)

Novo Navarro P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V. & Amann, B. (2016, febrero). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *revisión psiquiatría salud mental (Barcelona) 1*(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>

Pereda, N. (2016, agosto). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del psicólogo, 37*(2).

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77846055005>

Piñuel, I. (2020). El skandalonio. La fijación del apego infantil al perpetrador del abuso. En Piñuel, I. (Ed.), *Familia Zero: Cómo sobrevivir a los psicópatas en familia* (72-82). La Esfera de los Libros.

Ribeiro Rodríguez, M. J. (2016). *Abuso sexual infantil desde la perspectiva del trauma y la disociación de la personalidad*. [Monografía final de grado, Universidad de la República de Uruguay]. Universidad de la República

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7868/1/Ribeiro%2C%20Mar%C3%ADa%20Julia.pdf>

Save The Children España. (2016). *Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Guía para profesionales y agentes sociales*.

[https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion\\_del\\_sistema\\_de\\_proteccion\\_a\\_la\\_infancia\\_y\\_a\\_la\\_adolescencia.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/modificacion_del_sistema_de_proteccion_a_la_infancia_y_a_la_adolescencia.pdf)

Save The Children España. (2017). *Ojos que no quieren ver: Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*.

[https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos\\_que\\_no\\_quieren\\_ver\\_27092017.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_27092017.pdf)

Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente, 16*(30), 451-470.