

ABUSO SEXUAL INFANTIL: UNA REVISIÓN CON BASE EN PRUEBAS EMPÍRICAS

Clemencia Ramírez Herrera¹ y Antonio Fernández Parra²
¹Asociación Creemos en Ti (Colombia); ²Universidad de Granada (España)

Resumen

El objetivo de este artículo es hacer una revisión sobre el abuso sexual de niños y adolescentes. Se considera como una categoría dentro del espectro del maltrato contra los menores de edad, que puede tener efectos negativos a nivel psicológico. En primer lugar, se realiza una exposición y análisis de las definiciones del fenómeno y sus características. También se tratan aspectos como su prevalencia, magnitud y distribución. Se describen los efectos sobre los niños y adolescentes, a corto y largo plazo, así como los posibles problemas físicos relacionados. Los elementos básicos de la evaluación de los casos de abuso sexual infantil son tratados con especial énfasis en los aspectos forenses y clínicos, su relación y diferencias. Finalmente se muestran las estrategias terapéuticas existentes, sus objetivos y eficacia, así como los planteamientos preventivos. A pesar de los avances de la investigación sobre el abuso sexual infantil, aún existen numerosos retos, así como dificultades metodológicas que limitan las conclusiones de muchos estudios. Gran parte de estos retos son conocidos y están siendo objeto de investigación.

PALABRAS CLAVE: *abuso sexual infantil, evaluación clínica, evaluación forense, tratamiento, prevención.*

Abstract

This paper reviews the literature on child and adolescent sexual abuse. It is considered as a type of child maltreatment with potential negative psychological consequences. Child sexual abuse (CSA) definitions and characteristics are considered together with prevalence and distribution data showing the magnitude of this worldwide problem. There is a brief description of child and adolescent sexual abuse and its short and long-term psychological consequences, and also an analysis is made of physical problems as a result of CSA. The main issues of CSA psychological evaluation are discussed, in particular the forensic and clinical aspects of the assessment process comparing strategies and techniques in both areas. Finally, some of the current clinical psychological treatments for CSA are

reviewed based on objectives and goals, and their effectiveness. Prevention program models are analyzed, specifically school based interventions. In spite of advances in research knowledge about CSA, there are still many methodological difficulties and challenges in the field. Nevertheless, some of these challenges are well known and ongoing research is addressing them.

KEY WORDS: *child sexual abuse, clinical assessment, forensic evaluation, treatment, prevention.*

Introducción

La violencia contra los niños y los adolescentes es un problema de carácter mundial y se presenta en toda clase de menores sin distinguir la cultura, la clase social, la edad, el nivel de educación o el origen étnico. El concepto de niño se refiere a “todo ser humano menor de 18 años” (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1996, artículo 1), por tanto abarca todas las etapas vitales del menor de edad —infancia, niñez y adolescencia— entre las que en muchas ocasiones conviene distinguir. La violencia, por su parte, se concibe como “... todas las formas de agresión física o mental, daño, abuso, negligencia, maltrato o explotación y abuso sexual” (ONU, 1996, artículo 19). El abuso sexual contra los menores está clasificado dentro de las tipologías del maltrato infantil, el cual es considerado como un delito, una vulneración a los derechos y una experiencia traumática cuyo impacto puede ser grave y difícil de tratar.

El término maltrato infantil incluye varias categorías como el maltrato físico, el abuso sexual, la negligencia, el maltrato psicológico, la exposición a la violencia y la explotación sexual. Dentro de la tipología del abuso sexual se incluye el incesto, el abuso con penetración¹, ya sea por un pariente o por un extraño, tocamientos de las zonas genitales, exposición a actos sexuales, rituales sexuales o pornografía infantil (*National Research Council*, 1993).

Definición del abuso sexual

El abuso sexual es un fenómeno psicosocial que afecta no sólo a la víctima sino también a su entorno familiar y social. Ha sido concebido como una situación traumática pero no está considerado como un trastorno mental o del comportamiento. Aún así, el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000) lo recoge en el eje I dentro del apartado de “otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, y por tanto puede ser diagnosticado.

En general, las definiciones del abuso sexual están determinadas por el propósito para el cual fueron formuladas (Ramírez *et al.*, 2005). Algunas se proponen desde un marco legal, otras están más orientadas a la salud pública (*World Health Organization* [WHO], 2002), y algunas otras se han planteado desde el punto de vista de la investigación, en la cual el problema del abuso sexual debe ser definido en categorías o indicadores sensibles de medición (English, Bangdiwala y Runyan, 2005).

1 En la literatura también se denomina *acceso carnal violento*.

Existe acuerdo entre los autores en que definir el abuso sexual es algo complejo y que es necesario llegar a definiciones claras que orienten la investigación y las diferentes acciones con las víctimas del abuso sexual (Manly, 2005). A pesar de los grandes esfuerzos que se han hecho en este sentido aún existen problemas que se reflejan en los estudios de prevalencia que analizaremos posteriormente. Estas dificultades han sido documentadas a lo largo de los años por diversos autores como Aber y Zigler (1981), Cicchetti y Carlson (1989), Finkelhor (1979, 1994), Giovanonni (1989), Giovanonni y Becerra (1979), McGee y Wolfe (1991), *National Research Council* (1993), Strauss y Gelles (1986) o Zuravin (1991).

Desde la perspectiva de la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization* [WHO], 2002) define el abuso sexual como la utilización de un menor en una actividad sexual que no comprende, sin que esté capacitado para dar su consentimiento o preparado evolutivamente. Adicionalmente, es una conducta que transgrede las leyes o los tabúes sociales.

Berliner y Elliot (2002), investigadores que trabajan desde una perspectiva clínica, definen el abuso sexual como cualquier actividad de tipo sexual de un adulto hacia un niño menor de 18 años. Esto incluye contacto sexual utilizando la fuerza o la amenaza sin tener en cuenta la edad del menor, en la que además no hay comprensión por parte del niño de la situación de carácter sexual. El contacto sexual entre un niño mayor y otro menor se considera abuso si hay diferencia significativa en edad, desarrollo y tamaño del que abusa y la capacidad de informar del abusado. Los actos sexuales abusivos pueden incluir penetración (incluida la intrusión digital y con objetos), sexo oral, tocamientos y actos sexuales sin contacto como el exhibicionismo.

Para Faller (1988) el abuso sexual es un acto que se presenta entre dos personas que se encuentran en diferentes niveles del desarrollo. Este acto está orientado a la gratificación sexual de aquel que está en un nivel superior. Propone tres componentes para la definición: (a) las clases de comportamiento sexual, (b) los parámetros de las situaciones abusivas frente a las no abusivas y (c) los patrones de abuso sexual. Aunque Faller es una conocida investigadora que integra en su trabajo las perspectivas del trabajo social y la psicología, su definición considera también un elemento esencial de ciertas aproximaciones legales como es la diferencia de edad (desarrollo) entre los implicados en un acto abusivo.

Tradicionalmente las definiciones del abuso sexual incluyen tres elementos: (1) el tipo de conductas sexuales involucradas, (2) la edad y el consentimiento de la víctima y (3) el agresor. No obstante respecto a cada uno de estos componentes hay discrepancias importantes que pasamos a analizar. Con relación al *tipo de acto sexual*, se encuentran descripciones diferentes entre estudios y varían entre países debido a las legislaciones vigentes en cada uno. Se describen en la literatura actos sexuales con violencia y actos sexuales abusivos que, además, se pueden clasificar en conductas sexuales con contacto o sin contacto (Faller, 1988; Finkelhor, 1994; Sedlack y Broadhurst, 1996). Las ofensas sin contacto incluyen acciones tales como la exposición de los genitales, el voyeurismo, la exposición de un menor a la pornografía, e inducirlo a desnudarse o a masturbarse en presencia del agresor. Por otro lado, las ofensas con contacto incluyen la manipulación genital y la digital.

Por otra parte, en cuanto a la *edad de consentimiento* tampoco hay consenso. La Convención Internacional de los Derechos del Niño (ONU, 1996) indica que niño es un menor de 18 años y por tanto ésta es la edad que debería considerarse como el criterio para consentir el acto sexual. Este es el caso de algunos países como Colombia (p. ej., Ley 1098, 2006), mientras que en otros, como España, la edad para poder consentir un acto sexual son los 13 años (Horno, Del Marino, López, Jiménez y Román, 2006). Por otra parte, el tema de la edad no se analiza de la misma forma para niños menores de 13 años, no sólo legalmente sino en la literatura científica especializada. Según Finkelhor (1979) para confirmar un caso de abuso el agresor debe ser cinco años mayor que la víctima, mientras que para los niños mayores de 13 años se considera que el ofensor debe ser 10 años mayor. Y con relación al consentimiento, el mismo Finkelhor afirma que más que con la edad tiene que ver con la falta de comprensión del sentido de la actividad sexual y con la incapacidad del menor para rehusar tal situación. Lo anterior deja un vacío importante en la definición de la edad y el momento del desarrollo para determinar si se trata de un caso de abuso sexual, lo cual es esencial para determinar tanto la vía jurídica como el proceso clínico a llevar a cabo con la víctima.

Por último, en lo que se refiere al *agresor*, el principal criterio de identificación es también el de la edad, lo que implica que el agresor es mayor que la víctima. Pero por otro lado, esto supone también que se encuentra en una condición en la que puede ejercer algún tipo de coacción frente a la víctima. Rara vez se incluye algún criterio con relación a la cercanía que tiene el abusador con la víctima, es decir si el abuso es extrafamiliar o intrafamiliar, lo que determina el nivel de gravedad del impacto en la víctima que tiene el abuso sexual (Bolen, 2001; Finkelhor, 1997; Ramírez, 2008).

Sin embargo, muchas definiciones no incluyen criterios como el de la frecuencia y gravedad del abuso sexual, ni en el periodo de desarrollo del menor en que se da la conducta abusiva (Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001; Ramírez, 2008). Tampoco se especifica el criterio del uso de la fuerza, que debe ser incluido por lo menos en el caso de las investigaciones sobre abuso sexual (Briere, 1992). La omisión de lo anterior, dificulta no sólo la definición, sino también la medición y la evaluación de los casos de abuso sexual.

Por todo ello, consideramos que el abuso sexual son aquellas conductas sexuales con contacto o sin contacto, que se presentan con alta intensidad o con frecuencia, que pueden implicar acciones violentas o coercitivas de un adulto hacia un menor de 18 años, quien no comprende la actividad sexual lo suficiente como para dar su consentimiento y cuyo agresor tiene una edad superior en cinco años a la víctima y se encuentra en una posición de poder frente a ella. Se incluyen los actos sexuales abusivos cometidos intra o extrafamiliarmente.

Magnitud y distribución del abuso sexual infantil

Es importante tener en cuenta que la variabilidad y la falta de fiabilidad en las definiciones se refleja en los datos sobre prevalencia (Smith Slep y Heyman, 2006)

y en las posteriores inconsistencias en el análisis de dichos estudios. El criterio de medición y el concepto básico o definición empleados son necesarios para analizar los resultados de los diferentes estudios de prevalencia y comprender la magnitud del abuso sexual.

Estudios epidemiológicos

Aunque en el pasado el abuso sexual no era considerado un fenómeno de gran magnitud, actualmente algunos investigadores indican que en Estados Unidos una de cada tres mujeres y uno de cada seis hombres han sido abusados sexualmente en la infancia (Faller, 2003). La WHO (2006) estima que 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años han sufrido algún tipo de abuso sexual². Sin embargo, se considera que éste es un dato aproximado ya que se sospecha que en la mayoría de países hay una subestimación del fenómeno.

Posiblemente la publicación que ha tenido mayor impacto en el estudio de la prevalencia del maltrato infantil, incluyendo el abuso sexual, fue el Tercer Estudio Nacional de Incidencia del Abuso y la Negligencia Infantil (*Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect*) realizado en los Estados Unidos por Sedlak y Broadhurst (1996). En este estudio se encontró que más de tres millones de niños estuvieron involucrados como víctimas en denuncias de abuso sexual ante el sistema de protección, en el año 1993. Casi un millón de menores fueron confirmados como casos de maltrato, el 9% de estos casos correspondía al abuso sexual. Se estimó, además, que una de cada cuatro niñas y uno de cada 10 niños habían sido abusados sexualmente antes de los 18 años (Sedlak y Broadhurst, 1996).

Recientemente se ha publicado la cuarta edición del estudio nacional de incidencia, donde se recoge que 1,25 millones de menores (17,1%) habían sufrido algún tipo de maltrato o negligencia en Estados Unidos en el año en que se había realizado el estudio³ (Sedlak *et al.*, 2010). De estos, el 24% (135.300 menores) habían sido objeto de algún tipo de abuso sexual, lo que representa el 1,8 por mil de la población total infantil. El riesgo de abuso sexual era cinco veces mayor para niñas que para niños. No se incluyen en estos datos aquellos menores que se encuentran en situaciones de riesgo o peligro de abuso sexual, sino sólo casos confirmados. Esto supone una disminución del 38% en el número de menores abusados sexualmente respecto al informe anterior de 2003 y del 44% en la tasa de abuso sexual. También respecto al informe anterior, se observa un aumento del 33% de los casos de abuso en menores de dos años, que previamente eran muy bajas, mientras que se produce una disminución importante en las tasas de abuso de niños mayores de tres años (entre el 42% y el 68%). En todo caso el abuso aunque sigue siendo más prevalente

2 Aunque el informe no aporta datos porcentuales, considerando las estimaciones de población para el año 2002 publicadas por la ONU, supondrían algo más del 15% de niñas y el 7% de niños a nivel mundial, según nuestros propios cálculos.

3 El estudio incluye datos de prevalencia correspondientes a 12 meses entre los años 2005 y 2006. La denominación de "estudio nacional de incidencia" es engañosa respecto al tipo de datos que contiene y que mayoritariamente hacen referencia a la prevalencia anual del maltrato y abuso.

a partir de los seis años y muy poco detectado e informado antes de los tres años. Es interesante destacar que los datos de abuso sexual expuestos corresponden a actos que incluyen penetración, intrusión o tocamientos genitales, y sólo otros casos de abuso en los que se ha producido daño constatable (p. ej., con empleo de violencia).

En uno de los estudios más citados sobre este tema, Finkelhor (1994) revisó datos de 21 países a partir de los registros de los casos denunciados, encontrando que el 7% de las mujeres y el 3% de los hombres habían sido víctimas de abuso sexual en la temprana infancia. Según este estudio, entre el 20 y el 25% los casos implican penetración y sexo oral. La edad de mayor vulnerabilidad se detectó entre los 7 y los 13 años de edad. Entre el 70 y el 90% de los casos eran cometidos por personas conocidas por la víctima.

En una encuesta realizada en cinco estados de Estados Unidos (Wang y Daro, 1997) se encontró que de los 3.126.000 casos registrados en los servicios de protección en 1996 el 7% correspondía a casos de abuso sexual. Así, 218.820 casos de abuso sexual fueron denunciados y sólo 87.210 se verificaron, lo que representa una tasa de incidencia de 1,3/1.000. Finkelhor (1998) en una muestra de niños encuestados telefónicamente, encontró que el 6,7% sufrió un episodio de abuso sexual durante el último año. De los niños de 12 a 16 años el 7,5% informó haber sufrido un episodio de abuso sexual, el 2,1% experimentó abuso con contacto y el 0,5% sufrió abuso con penetración en el último año.

En un estudio de prevalencia llevado a cabo en Canadá, Trocmé, Tourigny, McLaurin y Fallon (2003) tomaron una muestra de 51 servicios de protección de ese país. Detectaron un total de 7.672 casos de maltrato, de los cuales el 11% correspondía a casos de abuso sexual. En los casos de abuso sexual los tipos de abuso identificados fueron en su mayoría actos sexuales abusivos, exposición de genitales, prostitución y pornografía. Aunque la mayoría de los casos de supuesto abuso y maltrato fueron confirmados claramente, en el 22% no fue posible esa confirmación, lo que significa que en muchos casos no se tuvieron las herramientas necesarias para determinar la presencia del abuso como tal.

Pereda, Guilera, Forn y Gómez-Benito (2009) publicaron recientemente un metaanálisis sobre estudios de prevalencia del abuso sexual para determinar la magnitud del fenómeno a nivel internacional. En este trabajo, que se propone como una continuación del publicado por Finkelhor (1994), incluyeron estudios de revistas especializadas que: (a) tenían como objetivo primario o secundario determinar la prevalencia del abuso sexual, (b) no utilizaban muestras clínicas, (c) mostraban los datos de hombres y mujeres por separado, y (d) eran estudios de prevalencia. La medida más relevante fue la prevalencia del abuso sexual y se le dio mayor peso a aquellos estudios de prevalencia con muestras más grandes. Se evaluaron 65 artículos referidos a 22 países. Los resultados muestran que el 7,9% de los hombres y el 19,7% de las mujeres habían sufrido alguna forma de abuso sexual antes de los 18 años. Como es evidente la prevalencia es mayor para las mujeres tal y como se ha corroborado en innumerables estudios. Además, se puso de manifiesto que la variabilidad de los datos se debía a las diferentes metodologías de los estudios.

En el contexto de Latinoamérica se han llevado a cabo también algunos estudios de prevalencia del abuso sexual. Así, Vizcarra Larragaña y Balladares Gutiérrez

(2003) llevaron a cabo un estudio con estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco en Chile, donde el 14,3% de los participantes confirmó haber tenido una experiencia sexual con personas mayores cuando eran menores de edad. En el estudio desarrollado por Ramírez y Pinzón (2005), utilizando la metodología de encuesta de hogares por muestreo probabilístico estratificado, se compararon seis regiones de Colombia en la costa atlántica y el litoral pacífico. Se encontró un 1,2% de prevalencia del abuso sexual entre los seis y los 11 años de edad, y la mayor concentración de casos fue en Cartagena de Indias, ciudad donde se da el fenómeno del turismo sexual con menores.

Respecto a las características del abuso, Ramírez (2008) encontró en una muestra de 250 menores colombianos abusados sexualmente que en el 43% de los casos el abuso se había producido en la propia casa del menor y en el 19,7% en la casa que compartían con el agresor. Respecto al agresor, el 29,3% fueron conocidos de la familia, el 24,5% familiares, el 18,9% desconocidos, el 14,1% padrastros, el 7,6% padres y un 5,6% hermanos de las víctimas. El abuso extrafamiliar se presentó en un 43,8% de los casos y el intrafamiliar en un 56,2%. Los datos de este estudio son coincidentes con los hallazgos de estudios previos realizados en otras partes del mundo. Así, el estudio de Sedlak *et al.* (2010) indica que en Estados Unidos los agresores sexuales son los padres biológicos en el 37% de los casos, los padres no biológicos o parejas de los padres en el 23% y otras personas en el 40% de los casos.

Consideraciones sobre los estudios epidemiológicos

Los problemas más complejos con los estudios de incidencia y de prevalencia tienen que ver con la fuente de los datos y la fiabilidad de los mismos. A este respecto, Lameiras Fernández, Carreras Fernández y Failde Garrido (2008) afirman que los estudios de incidencia casi siempre dan datos muy por debajo de la realidad ya que los casos nuevos no siempre son notificados al sistema de protección. Por esto lo más frecuente es encontrar estudios que en su mayoría son de tipo retrospectivo. Respecto a lo anterior, se debe resaltar que tanto en los estudios de incidencia como en los de prevalencia el riesgo de error tiene que ver con la definición de abuso sexual que oriente la medición. De otra parte, la variabilidad encontrada entre estudios tiene que ver también con las metodologías utilizadas, como lo sugiere Pereda *et al.*, (2009). Adicionalmente la inconsistencia de los datos también puede estar relacionada con: (1) la debilidad de los instrumentos que se utilizan para el registro; (2) la confusión que se genera cuando los casos de abuso sexual están acompañados de otras condiciones de maltrato como físico, abandono y negligencia, lo que se ha denominado polivictimización; (3) la falta de unificación de criterios en las notificaciones de los casos, con indicadores como frecuencia o gravedad como se mencionó anteriormente; (4) la poca objetividad de los evaluadores, como señalan Smith Slep *et al.* (2006); y (5) las incoherencias que se presentan por las múltiples fuentes de información que se utilizan en los casos de abuso sexual.

Aunque el número de estudios publicados sobre este tema es muy amplio (véase la revisión de Pereda *et al.*, 2009) y sus datos están afectados por diversos sesgos y fuentes de variabilidad, entendemos que los estudios expuestos con anterioridad muestran una imagen coherente de la situación del abuso sexual infantil y juvenil en este momento. Y esto a pesar de que las fuentes expuestas más arriba incluyen las tres fuentes de datos habituales sobre este tema: estudios de agencias internacionales, estudios nacionales e investigaciones locales. Aunque es prácticamente imposible dar datos concretos, se puede afirmar que el abuso sexual infantil es un fenómeno de alta prevalencia que afecta a millones de menores a nivel mundial. Eso sí, es el tipo de maltrato infantil menos frecuente. El porcentaje de menores que han sufrido abuso sexual durante la infancia oscila considerablemente entre estudios, pero el de mujeres duplica en muchos casos al de hombres, e incluso se encuentran diferencias más acusadas. Cuando se considera la prevalencia en periodos de tiempo más cortos (p. ej., un año) los datos son mucho más reducidos, ofreciéndose generalmente en tantos por mil, que cuando se consideran las prevalencias a lo largo de toda la infancia. Hay un mayor número de casos detectados de abuso sexual infantil a partir de los seis años de edad. Los agresores sexuales pueden ser tanto familiares directos de la víctima, como conocidos o extraños, pero en un alto porcentaje suelen familiares del menor e incluso sus padres.

La discrepancia o inconsistencia entre resultados de distintos estudios respecto a los datos de prevalencia, se ha comenzado a analizar al margen de la existencia de problemas metodológicos, errores o sesgos en la información. Así, en un reciente estudio Finkelhor y Jones (2006) muestran las tendencias del fenómeno de victimización por cohortes de tiempo y destacan la disminución producida en las diferentes formas de victimización, incluyendo entre éstas el abuso sexual, abuso físico, violación, homicidio, asalto agravado y robo. Concretamente el descenso demostrado puede ser del orden del 40 al 70% desde 1993 hasta 2004. En este mismo periodo también se informó un descenso en el embarazo adolescente, el suicidio de jóvenes y el número de niños viviendo en pobreza. Con relación al abuso sexual, el descenso se inició en los años 90 después que en los anteriores 15 años se hubiese incrementado de forma importante. En el periodo de estudio se demostró un descenso en los casos notificados en un 49%. Finkelhor y Jones afirman que estos datos podrían ser sospechosos por ser casos notificados al sistema de protección de los Estados Unidos y podrían estar reflejando otras situaciones que no necesariamente fueran consecuencia de un verdadero descenso en las estadísticas. Sin embargo después de un análisis riguroso, los autores concluyen que los datos pueden ser fiables ya que el descenso del abuso no solo se muestra en estos datos sino también en otras fuentes como los datos sobre asaltos sexuales a adolescentes y la encuesta de jóvenes del estado de Minnesota. Además de lo anterior, el decremento se muestra para todas las fuentes de información, así como en todos los tipos de abuso sexual registrados, incluso en los casos con confesión del agresor y en los que se sospecha la transmisión del VIH. Otro indicador que puede ser importante tiene que ver con que otros fenómenos también mostraron un descenso en su prevalencia como son los suicidios de adolescentes, la delincuencia juvenil, el embarazo adolescente y las huidas de casa, que están asociados con el abuso sexual.

En cualquier caso, los datos publicados por Sedlack *et al.* (2010) también muestran una disminución en el número de menores abusados sexualmente, y la tasa de abuso, respecto al informe anterior de 2003 del *National Incidence Study of Child Abuse and Neglect* de los Estados Unidos. Esta coincidencia parece indicar que el abuso sexual infantil está disminuyendo en algunos países, concretamente los Estados Unidos.

Propuestas recientes

Con la intención de resolver parte de los inconvenientes mencionados y lograr mejores datos sobre los distintos tipos de maltrato, incluido el abuso sexual, se han diseñado tres instrumentos para la investigación de la prevalencia, bajo los auspicios de la *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN). Los tres instrumentos se tradujeron a diferentes idiomas y se aplicaron en siete países (Rusia, Egipto, Líbano, India, Malasia, Colombia y Kirguistán), con el objetivo de contar con herramientas que no sólo estuvieran en el idioma inglés y que se pudieran utilizar en distintos contextos. El *ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective* —ICAST-R— (Dunne *et al.*, 2009) se diseñó para determinar la ocurrencia de las experiencias de maltrato infantil a partir de datos retrospectivos de adultos. Los resultados obtenidos con una muestra de adultos entre los 18 a 26 años de edad indican que en el caso del abuso sexual los tipos más frecuentes son que el menor se vea expuesto a la exhibición de los genitales (17,8%) y el tocamiento de los genitales de un niño por parte de un adulto (16,9%). Ser obligado a mantener relaciones sexuales fue el tipo de abuso que menos se informó (5%). La exposición a la exhibición de genitales fue informado con mayor frecuencia en Colombia (28,3%), el tocamiento en Egipto (28,1%) y las relaciones sexuales forzadas en Kirguistán (8,3%).

Por su parte, el *ISPCAN Child Abuse Screening Tool-Parent versión* —ICAST-P— (Runyan *et al.*, 2009) fue desarrollado como una prueba de tamizaje para ser aplicada a los padres y determinar la prevalencia de las distintas clases de maltrato infantil. Los resultados referentes al abuso sexual muestran que en todos los países que participaron en el estudio los padres informaron que las niñas eran con mayor frecuencia víctimas de abuso sexual en comparación con los niños, aunque la diferencia entre países en este aspecto no fue estadísticamente significativa. En cualquier caso los padres informaron en muy pocos casos que tenían conocimiento de que sus hijos habían sido objeto de abuso sexual (2%) y aún menos cuando este implicaba sexo con un adulto (0,2%).

Zolotor *et al.* (2009) desarrollaron el *ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version* —ICAST-C— que, al igual que los anteriores fue traducido a siete idiomas y validado en países diferentes para ser aplicado a niños entre los 12 y los 18 años de edad. Los resultados de su aplicación en cuatro países mostraron que el 18% de los menores evaluados informaron haber sufrido uno o más tipos de victimización sexual en el año de la aplicación del instrumento, siendo más frecuente en India (20%) y Rusia (34%), y menos frecuente en Colombia e Islandia

(8% en ambos países). Sólo el 6% de los menores informaron haber sido objeto de intentos para mantener sexo no consentido en el último año.

Aunque los tres estudios publicados hasta el momento con los instrumentos ICAST no cuentan con muestras representativas, los datos que ya se han obtenido son bastante ilustrativos. Ponen claramente de manifiesto la discrepancia entre fuentes de información (niños y padres) y entre las personas que han sufrido abuso, según sea la edad en la que se realice la evaluación (menores de edad y adultos jóvenes). Así, estos resultados ponen de manifiesto discrepancias entre datos retrospectivos proporcionados por adultos y por menores. Cabe esperar que estos tres instrumentos que integran definiciones y criterios unificados, que muestran ser robustos en su estructura, y que se fundamentan en indicadores objetivos, permitan obtener en el futuro datos comparativos entre informantes, poblaciones y países de manera fiable.

Clínica del abuso sexual infantil

El interés de la psicología clínica en los casos de abuso sexual infantil y juvenil radica en las consecuencias que éste tiene en el desarrollo psicológico del menor y en el ajuste posterior en la edad adulta de las personas. Los efectos del abuso sexual han sido ampliamente documentados en los últimos años (Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor, 1993; Putnam, 2000; Pereda, 2009). A pesar de esto la investigación aún muestra datos contradictorios en algunos asuntos como la ocurrencia del estrés postraumático, así como la no presencia de síntomas clínicos en algunos menores que han sido abusados sexualmente.

Finkelhor y Browne (1986) establecieron cuatro factores que agrupan las consecuencias del abuso sexual: (1) sexualización traumática, (2) estigmatización, (3) traición y (4) falta de sensación de poder. A esto se le ha denominado la dinámica traumatogénica y es una propuesta clásica que ha servido para comprender los comportamientos de los niños que han sido abusados sexualmente.

Factores que afectan a las consecuencias del abuso sexual

Se sabe que el abuso sexual tiene consecuencias a corto y largo plazo (Berliner y Elliot, 2002; Briere, 1992; Glaser y Wiseman 2000). En estas dos direcciones se han realizado estudios de diversa índole, algunos más concluyentes que otros. Además, el efecto del abuso sexual en las víctimas puede estar mediado por varios factores como: (1) el nivel de vulnerabilidad y la capacidad de resistencia, (2) el nivel del desarrollo en el que se encuentra la víctima, (3) el tipo y la gravedad de la experiencia de abuso sexual, (4) las características del agresor sexual y (5) el sexo de la víctima.

Concretamente, algunas personas pueden ser más o menos vulnerables a las situaciones negativas, o pueden tener mayor capacidad de afrontamiento o mejor capacidad de respuesta ante la adversidad. Estas condiciones se han denominado factores de protección o resistencia (Rutter, 1987). La resistencia tiene que ver con

la capacidad de responder diferencialmente al riesgo, que es variable porque los individuos no responden de la misma forma a los hechos acontecidos y el mismo sujeto no responde de igual manera en todas las situaciones (Rutter, 1987). Fergus y Zimmerman (2005) definen la resistencia⁴ (*resilience*) como el proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo. Estos factores por lo general se desarrollan en la infancia temprana y están relacionados con los diferentes entornos que rodean a las personas (Becoña, 2006). Según López (1994) entre un 20% y un 30% de las víctimas de abuso sexual infantil permanecerían estables emocionalmente tras esta experiencia. Cabe la duda de si en estos casos operan procesos psicológicos que no permiten la aparición inmediata de los síntomas.

DuMont, Widom y Czaja (2007) han realizado un estudio sobre la capacidad que tienen los factores individuales, familiares y comunitarios en la resistencia de adolescentes víctimas de maltrato físico, abuso sexual y negligencia. Concretamente ellos encontraron que el 48% de los niños abusados y abandonados, y un tercio de los adolescentes y los adultos jóvenes, fueron resistentes (*resilient*). La mitad de quienes fueron resistentes en la adolescencia continuaban siéndolo de adultos jóvenes y el 11% de los no resistentes de adolescentes sí lo fueron de adultos. Las mujeres tenían más probabilidad de ser resistentes en cualquier edad. Se detectó también que contar con una pareja de apoyo promovía la resistencia en jóvenes adultos.

El tipo de abuso sexual, la frecuencia, la duración (Glaser y Wiseman, 2000), como la gravedad del mismo, inciden en los efectos que esta experiencia puede tener en el menor.

Según Manly (2005) la *gravedad* en los casos de maltrato se pueden analizar con base en los siguientes criterios: (1) el incidente de abuso que haya sido de mayor impacto para el niño (2) el promedio de los índices de gravedad de todos los episodios, y (3) la suma de todos los índices de gravedad o la frecuencia de notificaciones que hayan sido calificadas con el puntaje más alto cercano al criterio de gravedad máximo.

De otra parte, el *tipo de abuso sexual* tiene efectos en los menores que han sido abusados. Ramírez (2008) encontró diferencias significativas entre el grupo de niños y niñas abusadas sexualmente en cuanto al tipo de delito: los que habían sufrido abuso con penetración estaban más afectados que los que habían sido sometidos otros actos sexuales abusivos sin intrusión, como se evidencia en un peor funcionamiento cognitivo, una menor autoestima y menor capacidad de apego hacia los amigos.

Con relación a las *características del agresor* se considera que el efecto es aún mayor cuando el agresor es el padre de la víctima a diferencia de una persona con otra clase de relación (Glaser y Wiseman, 2000). Autores como Finkelhor y Browne (1986) hablan de la traición como un elemento presente en el abuso, que al igual que el secreto son características asociadas al abuso sexual. Existen algunos datos sobre los efectos que tiene el abuso extrafamiliar en comparación con el intrafamiliar y éste último parece ser más negativo (Bolen 2001), aunque esto debe estudiarse con mayor profundidad.

4 Frecuentemente se utiliza la palabra "resiliencia", una mala traducción del inglés, para el término "resilience" al que hacemos referencia.

Es importante tener en cuenta que el impacto del abuso sexual también puede darse en función de algunos factores como el *periodo de desarrollo* en el cual se encuentra el niño en el momento en que ocurre el abuso, lo que se relaciona con la gravedad del evento y la concurrencia de otros subtipos de maltrato combinados con el abuso sexual (Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001).

Actualmente se dispone de pruebas empíricas sobre el impacto del abuso sexual en áreas como la sexual, la comportamental y la emocional, pero no están muy claros cuáles son los factores de la situación de abuso que pueden conducir a unos u otros resultados. Como se ha mencionado, los factores de vulnerabilidad, el tipo de abuso, las características del abusador, y las condiciones familiares de la víctima pueden ser elementos que determinen el curso del impacto y las probabilidades de la recuperación. Entre éstas algunas variables pueden tener un impacto muy significativo.

Estudios sobre las consecuencias del abuso sexual

Una de las revisiones pioneras sobre consecuencias del abuso sexual es la realizada por Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993). Incluyó 45 estudios que mostraban claramente las diferencias entre niños abusados sexualmente y aquellos que no lo habían sido, en cuanto a variables clínicas. Los resultados de ésta revisión muestran que en casi todos los estudios revisados se encontró un amplio espectro de síntomas asociados al abuso sexual. Entre los más comunes se encuentra el *comportamiento sexualizado*, el cual incluye el juego sexualizado con muñecos, el ponerse objetos en la vagina o el ano, masturbación excesiva en público, comportamiento seductor, solicitud de estimulación sexual a adultos o pares y conocimiento sobre temas sexuales inusual para la edad, tal y como señalan también otros autores (Beitchman, Zucker, Hood, daCosta y Akman, 1991).

Kendall-Tackett *et al.* (1993) y Wolfe y Birt (1995) mostraron también la relación del abuso sexual y las conductas externalizadas. Concretamente, Kendall-Tackett *et al.* (1993) encontraron que las diferencias entre niños abusados y no abusados eran frecuentes respecto a muchos problemas psicológicos externalizados (crueldad, delincuencia, conducta de fuga, problemas de conducta, autolesión), comportamiento sexual inapropiado y comportamiento regresivo (p. ej., enuresis, encopresis, berrinches y lloriqueos). Según esta revisión, los menores abusados sexualmente presentaron dos problemas de forma específica, es decir que estaban asociados exclusivamente con el abuso, que fueron el TEPT y comportamiento sexualizado. En general, el síntoma más frecuente en todos los estudios fue el TEPT en una tasa del 32%.

De igual forma, la reciente revisión de Pereda (2009) muestra las consecuencias a corto plazo del abuso sexual, tras analizar diversos estudios de corte transversal, y enfatiza la presencia de síntomas como la conducta sexualizada, ya documentada por Finkelhor y Browne (1986), así como la presencia del TEPT, ansiedad (como Cohen y Mannarino, 1988), depresión e ideas suicidas, los problemas de comportamiento y su relación con la delincuencia.

En la revisión que realiza Pereda (2010) sobre consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil se muestran efectos en el estado de ánimo, la relación con trastornos de la personalidad, el ajuste sexual y los problemas de relaciones sociales. En adultos el comportamiento sexual se puede ver afectado y se pueden presentar problemas asociados a la conducta alimentaria (Luo, Parish y Laumann, 2008). Autores como Senn, Carey y Vanable (2008) muestran una dilatada relación entre la historia de abuso sexual en la infancia y la presencia de comportamientos sexuales de riesgo en la edad adulta.

En su estudio, Ramírez (2008) comparó 250 menores que habían sido víctimas de abuso sexual con un grupo que no había sufrido tal experiencia. Los resultados muestran diferencias significativas entre los dos grupos específicamente en la dimensión cognitiva como en la capacidad de solución de problemas y en el área emocional con indicadores de depresión, ansiedad e ira. Otros datos adicionales muestran que la autoeficacia en estos niños víctimas de abuso está por debajo del nivel esperado para su edad, y la capacidad de apego con los padres se encuentra en un nivel deficitario. Un hallazgo importante que vale la pena enfatizar son las diferencias entre niños y niñas en variables cognitivas y en la variable de autoeficacia.

Las consecuencias del abuso sexual se dan a lo largo del ciclo vital y el impacto del mismo depende del tipo de tratamiento y de la edad en la cual la víctima del abuso reciba la intervención adecuada. Browne y Winkelmann (2007) analizaron una muestra de 219 estudiantes universitarios (40 hombres y 117 mujeres) para demostrar cómo las dificultades en el vínculo afectivo con los demás y la distorsión cognitiva mediaban la relación entre el ajuste psicológico y las experiencias traumáticas infantiles. Éstas últimas fueron evaluadas de manera retrospectiva a partir del "Cuestionario infantil de trauma" (*Childhood Trauma Questionnaire*) de Bernstein y Fink (1998). De igual manera se evaluaron dos dimensiones del apego adulto (relación consigo mismo y relación con el otro), distorsiones cognitivas (atribuciones internas, percepciones y controlabilidad), síntomas traumáticos y ajuste psicológico. A partir de un análisis basado en ecuaciones estructurales los autores concluyeron que un modelo de relación negativo consigo mismo influye en las distorsiones cognitivas, que a su vez afectan a la aparición de síntomas en adultos que han experimentado experiencias traumáticas en la infancia (abuso físico, sexual, negligencia y abuso emocional). En este caso, los autores fueron más allá de determinar las consecuencias a largo plazo del abuso sexual en la edad adulta, identificando posibles factores mediadores o de susceptibilidad en el desarrollo de dichas consecuencias.

Otra de las consecuencias que debe ser comentada es la revictimización, ya que algunos estudios muestran que los menores abusados sexualmente tienen mayor probabilidad de ser abusados nuevamente. Según De Prince (2005) tanto las víctimas de maltrato físico como las de abuso sexual tienen alta probabilidad de ser revictimizadas en diferentes momentos de su vida. Dietrich (2007) analiza la presencia del estrés postraumático u otras secuelas del mismo, como es la desorganización emocional, como predictores de la revictimización y concluye que es básicamente la desorganización emocional la que podría ser un predictor de la revictimización. Lo que aún se debe profundizar es en los mecanismos psicológicos que permitirían comprender esta relación.

Finalmente, debe señalarse que el abuso sexual puede tener también un importante impacto en la salud general del menor abusado, a corto, medio y largo plazo. La revisión realizada por Maniglio (2009) pone en evidencia que las víctimas de abuso sexual tienen un riesgo elevado de trastornos médicos y sexuales, además de los de tipo psicológico. Entre los trastornos físicos destacan el dolor pélvico crónico, el herpes genital y otras infecciones de transmisión sexual y lesiones genitales.

Todo lo anterior, muestra que el abuso sexual es un fenómeno complejo que impacta a las personas a distintos niveles y que la respuesta frente al evento traumático depende de innumerables factores y circunstancias. Afecta todas las áreas del desarrollo, particularmente la dimensión emocional que es la más alterada tanto a corto como a largo plazo. Lo anterior, supone que un proceso de evaluación y de intervención debe tener en cuenta las posibles consecuencias del abuso y determinar el curso de la sintomatología.

Evaluación del abuso sexual

En general, en todos los casos de sospecha de abuso sexual se deben distinguir dos tipos de evaluación psicológica. El primero, denominado evaluación forense está centrado en comprobar que la situación de abuso se produjo realmente, y el segundo, denominado evaluación clínica, se dirige a la identificación del impacto psicológico de la situación de abuso. En muchos casos la evaluación forense precede a la de tipo clínico, aunque pueden ser independientes. La evaluación forense tiene como propósito confirmar la ocurrencia del abuso sexual del menor, que es además un delito, es decir el tipo de abuso, la situación en la que se dio el abuso y el agresor. La evaluación clínica está orientada a establecer el estado psicológico de la víctima como consecuencia de la experiencia traumática. La evaluación clínica también puede ser de carácter médico. Ambos tipos de evaluación en los casos de abuso sexual infantil implican procesos complejos (Berliner y Conte, 1993; Walker, Bonner y Kauffman, 1988).

Evaluación forense

La *evaluación psicológica forense* es la más utilizada y el primer paso cuando se sospecha un caso de abuso sexual. Son varios los objetivos de la evaluación forense (Carnes 2002): (1) determinar la probabilidad de experiencia de abuso por parte del menor y las características del posible agresor; (2) formular hipótesis sobre el evento traumático; (3) reunir hechos y pruebas necesarias para apoyar el proceso de judicialización del caso; (4) permitir que el menor exprese todo lo relacionado con el abuso en un ambiente seguro y evaluar el alcance de la situación del abuso; y (5) reunir información sobre el funcionamiento social y conductual del menor que permita tomar decisiones con relación al proceso a seguir. Aunque la información sobre el funcionamiento psicológico del menor es un elemento

central de la evaluación clínica, también resulta necesario un proceso de evaluación forense, ya que es preciso establecer las posibles repercusiones del abuso sexual cuya existencia se está documentando.

La información debe estar centrada en el hecho del abuso así como en las situaciones asociadas con el mismo. La evaluación forense debe tener en cuenta el desarrollo del niño en áreas tan importantes como el nivel cognitivo (capacidad de memoria, desarrollo del lenguaje, procesamiento de la información) o el desarrollo moral (Gabarino, 2008; McDermott-Stinmetz, 1997). En este sentido, Garbarino (2008) plantea que el trauma se produce precisamente porque el evento adverso es de tal magnitud que el niño no tiene toda la capacidad de procesar dicha información y esto determina el impacto. Pero, en todo caso lo que se suele poner en duda en la evaluación psicológica forense es lo que esto implica para la credibilidad de la información aportada por el propio menor.

Con relación a la credibilidad del testimonio, la investigación se ha centrado en los criterios que permiten determinar cuando el testimonio de un menor víctima de abuso sexual es veraz y puede ser tomado como prueba para la judicialización del caso. Desde la perspectiva de Faller (1988) en muy raras ocasiones un niño inventará historias con contenido sexual, y más cuando la descripción que hace o la conducta sexual que manifiesta no corresponden con su nivel de desarrollo. Incluso si niega la situación de abuso después de haberla confirmado, esto puede ser debido al temor que siente por recibir castigos o porque se siente culpable por la situación. Aunque esta opinión sea compartida por bastantes profesionales, no es suficiente en un proceso judicial.

Para lograr determinar la veracidad de un testimonio se han desarrollado criterios para realizar análisis de los contenidos de las declaraciones de abuso sexual (*Content Analysis Based on Criteria-CBCA*). Este análisis es un elemento central en la "Evaluación de la veracidad del testimonio" (*Statement Validity Assessment*), que es el instrumento más utilizado en procesos judiciales de abuso sexual contra los menores en EE.UU. y diversos países europeos (Vrij, 2000). No se trata de un formato de entrevista sino de 19 criterios que se utilizan, como lo indica su nombre, para determinar la veracidad de los testimonios de los niños (Steller y Köhnken, 1989). Se basa en la hipótesis desarrollada inicialmente por Undeutsch según la cual una declaración basada en la memoria de una experiencia real difiere en su contenido y calidad de las declaraciones basadas en la invención o fantasía (Vrij, 2005). Una de las limitaciones de estos criterios es que no son aplicables a niños menores de seis años (Hewitt, 1999). También se considera que existen factores que limitan la fiabilidad de los datos de las entrevistas, como el sexo del entrevistador, la preparación del entrevistador y las creencias previas que tiene con relación al abuso (Milner, Murphy, Valle, Tolliver, 1998). Por su parte, el menor cuando es entrevistado puede dar testimonios inconsistentes debido a la confusión ocasionada por la experiencia de abuso sexual. En cualquier caso, aunque los resultados obtenidos en diversos estudios indican que este procedimiento puede ser útil en la investigación inicial de las denuncias de abuso sexual, no es una técnica fiable para la valoración de la veracidad del testimonio (Vrij, 2005).

La evaluación forense se realiza con diversas *estrategias*, en primer lugar con las pruebas médicas que pueden llevarse a cabo en los casos cuando el abuso es denunciado inmediatamente después de producido. En segundo lugar, la evaluación se lleva a cabo a través de la entrevista psicológica forense, por lo general semiestructurada, que se apoya en la utilización de elementos específicos como los muñecos sexuales o no sexuales, casas de muñecas, láminas cuentos o videos (Faller, 1988).

La utilización de los muñecos sexuales en la evaluación del abuso (muñecos anatómicos) ha sido discutida desde antiguo, ya que se considera que los muñecos pueden inducir al menor a fabricar el testimonio y a desarrollar un comportamiento sexualizado (Friedrich, 1993). Faller (2005) ha revisado la evidencia disponible actualmente sobre este tema, concluyendo que la mayoría de los estudios avalan su utilidad, especialmente con niños de corta edad que se comunican peor a través del lenguaje. Sin embargo, hay que tener mucho cuidado para evitar que el uso de esta herramienta fomente la fantasía o juego del niño en vez de un testimonio veraz. Por otra parte utilizar dibujos puede ser una estrategia que facilite la evaluación, pero los datos que arrojan los dibujos no parecen ser del todo fiables (Berliner y Elliot, 2002; Walker *et al.*, 1988).

Hewitt (1999) considera que con preescolares debe considerarse una evaluación previa, con el fin de asegurar que el menor puede responder, antes de ser sometido a una entrevista de carácter forense. Esta evaluación previa debe establecer el nivel de ejecución en los siguientes indicadores: (1) lenguaje (en cuanto a la articulación, cantidad y vocabulario), (2) conceptos de quién, qué y en dónde, (3) capacidad de atención, (4) memoria, (5) juego representativo, (6) pensamiento real e imaginario, (7) recuerdo y olvido, (8) autoevaluación, (9) veracidad-mentira, y (10) capacidad de codificación.

Adicionalmente, en la detección del abuso sexual los indicadores físicos deben ser tenidos en cuenta en el análisis global del caso y la decisión final. La presencia de infecciones de transmisión sexual, las quemaduras y laceraciones en la zona genital, la ropa rasgada, semen en la boca, la manifestación de enuresis y encopresis y alteraciones en la salud pueden ser de gran ayuda. Esta información suelen suministrarla los servicios de salud (Echeburúa y Corral, 2006).

Evaluación clínica

Walker *et al.* (1988) crearon un modelo de evaluación clínica en los casos de abuso sexual. Estos autores proponen realizar una evaluación con el agresor, los padres de la víctima en el caso del abuso extrafamiliar y, en el caso del abuso intrafamiliar, el padre o la madre que no es el ofensor. A partir de las evaluaciones anteriores se inicia entonces el proceso con la víctima, teniendo en cuenta su nivel del desarrollo para definir las estrategias más adecuadas para dicha evaluación.

Para la evaluación clínica del abuso sexual, Ramírez (2002) ha desarrollado un modelo integral en el que se tienen en cuenta medidas individuales, familiares y del contexto del menor victimizado (véase también Berliner y Elliot, 2002). La autora

considera que el estilo atribucional, en particular relacionado con el abuso, y las estrategias de afrontamiento son dos variables clínicamente relevantes que pueden predecir el éxito o el buen curso del tratamiento. La utilización de entrevistas semiestructuradas y de pruebas psicológicas en la evaluación clínica así como la observación del comportamiento del menor, son las estrategias que mejores datos aportan en estos casos para planear el tratamiento, por lo que se deben aplicar teniendo en cuenta su edad y nivel de desarrollo así como el contexto cultural y su procedencia étnica.

Uno de los puntos importantes que Hewitt (1999) enfatiza es la información colateral que se debe reunir de las siguientes fuentes: (1) las personas que están a cargo del niño, en particular sobre las actividades rutinarias del menor, (2) los familiares que tienen una relación cercana al menor, (3) los informes médicos y la historia clínica pertinente, y (4) información del sistema de protección. Con relación a la información del niño, Hewitt considera que la observación del comportamiento del menor es fundamental en el proceso clínico. La observación se centraría en el patrón de relación, en su nivel y ritmo de actividad y en el comportamiento autorregulatorio que muestra el menor en un contexto con límites. También propone observar al niño con el cuidador (la reacción frente a la separación y la respuesta del menor), e incluso si fuera factible con el agresor. Esta tipo de observación puede tener utilidad tanto en el área forense como en la clínica.

Como ya se mencionó, la evaluación clínica en los casos de abuso sexual tiene como propósito determinar el estado psicológico del menor en el momento en que se inicia el caso. Según la *ISPCAN Mental Health Curriculum Task Force* (2008) los métodos más utilizados y aceptados en la evaluación clínica son: las entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas, las pruebas estandarizadas y las observaciones del patrón de la interacción (en el contexto clínico, en casa y en escuela). Así mismo la *ISPCAN Mental Health Curriculum Task Force* indica como las principales áreas de evaluación: (1) el desarrollo emocional, social y físico; (2) los síntomas, problemas, trastornos y comportamientos desadaptativos o fuera del límite de edad; (3) el funcionamiento en casa, escuela y comunidad; (4) los recursos que tiene el niño, su nivel de resistencia y afrontamiento así como el apoyo (tanto el percibido como el real) con el que cuenta; y (5) otras informaciones, como el centro de cuidado diario, la escuela, otros miembros de la familia y otros profesionales que hayan conocido el caso.

Instrumentos de evaluación

Es evidente que parte de los instrumentos necesarios para la evaluación de los menores que han sufrido abuso sexual son específicos de este ámbito, especialmente los implicados en la evaluación forense, mientras que otros son comunes a otros ámbitos de trabajo con menores como el clínico y el educativo. Entre los instrumentos específicos del abuso sexual infantil, se encuentran las entrevistas clínicas forenses. Un ejemplo de ellas es la "Entrevista clínica forense" en lengua hispana diseñada por Vejarano (2006), basada en la propuesta de Faller (1988) y validada

en el contexto colombiano por Vejarano y Ramírez (2007). Esta entrevista evalúa los siguientes aspectos: (1) características de la víctima, (2) exploración básica del nivel de desarrollo de la víctima, (3) situación y detalles de los hechos del acto abusivo, (4) características del agresor, y (5) descripción general del contexto de la víctima. Este instrumento va dirigido a niños entre los siete y 15 años de edad. Sin embargo, para la edad preescolar las entrevistas semiestructuradas no son fáciles de aplicar.

Es importante utilizar medidas psicométricas que orienten el diagnóstico clínico. Entre los instrumentos que han mostrado validez para evaluar menores víctimas de abuso, y son usados frecuentemente en los estudios sobre el tema, destacan el "Inventario del comportamiento sexual infantil" (*Child Sexual Behavior Inventory*; Friedrich, 1997; Friedrich *et al.*, 2001) y el "Inventario del comportamiento de niños" (*Child Behavior Checklist*, CBCL; Achenbach, 1991).

Strand, Sarmiento y Pasquale (2005), en una revisión sobre las opciones con las que se cuentan para la medición de comportamientos asociados con el trauma, señalan que algunos instrumentos pueden facilitar la evaluación no sólo de la exposición al trauma sino de los efectos del mismo. Sugieren, en todo caso, que antes de utilizar un instrumento estandarizado el evaluador debe preguntarse si es la medida adecuada para su caso, la fiabilidad y eficacia del mismo. Entre los instrumentos que proponen está el "Inventario del trastorno por estrés postraumático para niños" (*Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory*, CPTSDI-Child; Saigh *et al.*, 2000) y la "Escala de cuando suceden cosas malas" (*When Bad Things Happen Scale*; Fletcher, 1996). Sin embargo, son algunos más los instrumentos que pueden utilizarse con población infantojuvenil para la evaluación del TEPT, tal y como recogen Echeburúa, Amor y Corral (2005).

En conclusión, si bien es cierto que la entrevista forense es pertinente para determinar si existe un caso de abuso, la evaluación clínica es necesaria para determinar el efecto, establecer el funcionamiento psicológico, orientar el proceso de formulación del caso y de esta manera la atención terapéutica.

Tratamiento y prevención del abuso sexual

Como se ha señalado ya, el abuso sexual es un problema social que afecta a menores de edad, pero no se trata de un cuadro clínico. Sin embargo, sí constituye una condición o experiencia traumática que puede resultar en múltiples problemas psicológicos. Esto ha dado lugar en los últimos tiempos a diversas investigaciones dirigidas a identificar los tratamientos que más utilidad —eficacia y eficiencia— pueden tener para las víctimas de estos abusos. Aunque la investigación se ha centrado en los menores que han sufrido experiencias de abuso sexual, también se han desarrollado e investigado tratamientos psicológicos dirigidos a sus familias y padres no ofensores, así como a los ofensores sean estos adultos o adolescentes (Faller, 1993; Saunders, Berliner y Hanson, 2004). No hay que olvidar tampoco la investigación multidisciplinaria centrada en la prevención del abuso sexual, ni tampoco aquella que se dirige a adultos que fueron objeto de abuso sexual durante su infancia o adolescencia (Hall, 2008; Taylor y Harvey, 2010).

Tratamientos dirigidos a menores

Las intervenciones dirigidas a menores que han sufrido abuso sexual se han centrado en problemas de ansiedad, reacciones traumáticas, conductas sexualizadas, problemas de autoestima y otros problemas de comportamiento interiorizado (depresión y otros problemas emocionales) y exteriorizado, como las conductas perturbadoras y antisociales (Harvey y Taylor, 2010; MacDonald, Higgins y Ramchandani, 2008). De todos estos problemas, el que se ha analizado con más frecuencia es sin duda el TEPT que, debe recordarse, no es sinónimo de abuso sexual, ni su única consecuencia (Adler-Nevo y Manassis, 2005).

El informe *Child physical and sexual abuse: guidelines for treatment* (Saunders et al., 2004) recoge un amplio conjunto de propuestas para el tratamiento de los problemas psicológicos desarrollados por menores víctimas del abuso sexual. Destacan las terapias dinámicas de juego, la terapia de procesamiento cognitivo, la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (*eye movement desensitization and reprocessing*, EMDR) y las terapias centradas en el trauma como la terapia cognitivo conductual, la terapia de juego o la terapia integrativa ecléctica. A estas propuestas se suman otras como el psicodrama, terapias humanísticas y multidimensionales. Sin embargo, muy pocas de estas terapias han sido sometidas a investigación suficientemente rigurosa y han demostrado efectos significativos sobre los problemas psicológicos de los menores.

Harvey y Taylor (2010) ofrecen una de las revisiones más recientes sobre los efectos de las terapias psicológicas con menores víctimas de abuso sexual. A través de un metaanálisis han valorado los efectos obtenidos por diversos tipos de tratamientos considerados en su conjunto. Concluyeron que los mayores efectos conseguidos respecto a una condición control (tamaño del efecto) corresponde a las mejorías obtenidas en el funcionamiento global del menor ($g= 1,37$), seguido del resultado obtenido respecto al TEPT ($g= 1,12$), síntomas internalizados ($g= 0,74$), auto-estima ($g= 0,63$), síntomas externalizados ($g= 0,52$), y conducta sexualizada ($g= 0,49$). Los resultados son peores respecto al afrontamiento ($g= 0,44$) o problemas de habilidades sociales ($g= 0,39$). También se encontró que los resultados se mantenían a lo largo del seguimiento. Aunque los tratamientos investigados son muy heterogéneos, los resultados de Harvey y Taylor (2010) indican que la aproximación cognitivo-conductual es la que produce mayores efectos terapéuticos respecto a los síntomas traumáticos y el TEPT, tanto cuando se centra en la familia como cuando lo hace en el menor. Los resultados son menos claros para otros tipos de métodos terapéuticos.

El metaanálisis realizado por Hetzel-Rigginn, Brausch y Montgomery (2007) para determinar los efectos de diferentes modalidades de tratamientos con menores víctimas de abuso sexual demostró también que el tratamiento psicológico tenía efectos significativos en comparación con la ausencia de tratamiento ($d= 0,72$). A partir de los 28 estudios incluidos en este análisis, encontraron que la terapia de juego era más efectiva en el tratamiento del funcionamiento social, mientras que los tratamientos cognitivo conductuales son más eficaces frente a los problemas de comportamiento y estrés psicológico.

Por su parte, Avinger y Jones (2007) analizaron un total de 10 estudios en los que se había aplicado terapia grupal con chicas adolescentes víctimas de abuso sexual. Según estos autores las terapias grupales de tipo cognitivo-conductual y de carácter multidimensional, que incorporan exposición graduada, son eficaces frente al TEPT, mientras el psicodrama resulta en una reducción de los síntomas depresivos.

Por otra parte, MacDonald *et al.* (2008) concluyeron que la terapia cognitivo conductual "puede tener una repercusión positiva" en el tratamiento de las secuelas del abuso sexual en niños y adolescentes. Esa conclusión la obtuvieron a través de un meta-análisis con 10 estudios en los que se aplicó la terapia cognitivo conductual dirigida a diversas secuelas, como el temor, ansiedad, TEPT, conductas sexuales inapropiadas, o problemas conductuales interiorizados y exteriorizados. Sin embargo, llamaron la atención sobre la escasa significación estadística de los resultados y la necesidad de realizar estudios más rigurosos.

Si bien el tratamiento de los problemas psicológicos de los menores víctimas de abuso sexual no se centra exclusivamente en el TEPT, sí parece que la investigación más rigurosa y sistemática se realiza respecto a este problema. Del mismo modo, cuando se analiza la literatura más relevante sobre el tratamiento de menores expuestos a experiencias traumáticas, la mayoría de los estudios se centran en el abuso sexual. Así, el 52% de los estudios terapéuticos sobre menores expuestos a experiencias traumáticas recogidos por Silverman *et al.* (2008) corresponden a niños y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Según esta revisión sólo la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCC-CT) puede considerarse bien establecida o eficaz para este tipo de problemas, de acuerdo con los criterios de identificación de tratamientos con base empírica de la División de Psicología Clínica del Niño y Adolescente de la *American Psychological Association* (Silverman y Hinshaw, 2008). La mayoría de los estudios que contribuyen a esta consideración de tratamiento bien establecido, se realizaron con niños de diversas edades víctimas de abuso sexual, y tenían en común el ser tratamientos individualizados que empleaban procedimientos cognitivos y conductuales, especialmente la exposición del menor a través de métodos narrativos, el dibujo o la imaginación. En algunos estudios se trabaja también con los padres de forma individualizada o conjuntamente con el menor. En todo caso, los efectos conseguidos van de moderados a bajos, siendo mayor el tamaño del efecto para el TEPT ($d= 0,46$) que para la ansiedad ($d= 0,10$), la depresión ($d= 0,30$) o las conductas externalizadas ($d= 0,19$).

Otros tratamientos dirigidos a menores que han sufrido experiencias traumáticas son considerados como probablemente eficaces y posiblemente eficaces (Silverman *et al.*, 2008). De ellos sólo uno ha demostrado adecuadamente sus efectos con víctimas de abuso sexual, y es considerado posiblemente eficaz, la EMDR.

La eficacia de la terapia cognitivo conductual con menores víctimas de abuso sexual continúa siendo objeto de atención, sobre todo cuando se trata de establecer su eficacia diferencial respecto a otros tratamientos, o el aporte de ciertos componentes a la misma. Recientemente Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer (2004) compararon la TCC-CT con la terapia centrada en el niño para el tratamiento de síntomas del TEPT relacionados con el abuso sexual, en un estudio en el

que participaron 239 menores entre ocho y 14 años. Los participantes asignados al grupo de TCC-CT mostraron una mejoría significativamente mayor respecto al TEPT, depresión, problemas de comportamiento, culpa y atribuciones relacionadas con el abuso. Del mismo modo, los padres asignados a esta modalidad terapéutica también mostraron una mejora en sus prácticas de cuidado y apoyo a sus hijos, así como en sus niveles de estrés y depresión. Respecto a los componentes de la terapia cognitivo conductual, Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon y Steer (2010) han demostrado de nuevo que la TCC-CT es eficaz tanto con niños como con padres, aunque la longitud de la intervención y la inclusión del componente de narración del trauma influyen en los resultados. En este estudio, realizado con 210 menores entre cuatro y 11 años de edad con TEPT relacionado con abuso sexual, demostraron en primer lugar que la TCC-CT en ocho sesiones y que incluye la narración del trauma es la terapia más efectiva y eficiente, con niños y padres. Es la que ofrece mejores resultados frente al miedo relacionado con el abuso y la ansiedad general de los niños, y el estrés de los padres. Sin embargo, cuando los padres fueron tratados en 16 sesiones sin inclusión del componente de narración del trauma, mejoraron en mayor medida las prácticas de cuidado y educación infantil, y sus hijos mostraron menos problemas de conducta exteriorizados tras el tratamiento. Estos resultados parecen indicar que la terapia es igualmente útil con diferentes números de sesiones y con o sin el componente narrativo, pero que esas opciones de intervención tienen efectos distintos.

La mayor parte de las investigaciones centradas en la TCC-CT se han desarrollado por el grupo de Cohen, Deblinger y Mannarino (Cohen *et al.*, 2004; Cohen y Mannarino, 1996, 1997, 1998; Cohen, Mannarino y Kudsen, 2005; Deblinger *et al.*, 2010; Deblinger, Lippman y Steer, 1996; Deblinger, Steer y Lippman, 1999), pero también por otros autores (Jaberghaderi, Grenwald, Rubin, Zand y Dolatabadi, 2004; King *et al.*, 2000; Kolko, 1996). Con ciertas variaciones menores, este tratamiento sigue un protocolo de intervención en el que se atiende tanto a los menores que han sufrido abuso sexual como a sus padres mediante sesiones individuales en paralelo. Según Cohen, Deblinger y Mannarino (2005), los principales componentes de esta intervención son: la identificación de sentimientos, el manejo del estrés, el afrontamiento cognitivo, exposición gradual, procesamiento cognitivo y psicoeducación (con educación en seguridad). Las técnicas se introducen a través de unas 12 sesiones de tratamiento con una periodicidad semanal, en el mismo orden en el que se han enumerado. Se incluyen también estrategias de manejo conductual para los padres. El número de sesiones puede oscilar entre ocho y 16, según los casos, tal y como muestra el estudio de Deblinger *et al.* (2010), incluyendo las sesiones conjuntas padres-hijos. El procesamiento del trauma se lleva a cabo mediante técnicas narrativas.

La inclusión de los padres no ofensores en el tratamiento de los menores víctimas de abuso sexual no tiene efecto sólo sobre el estado psicológico de los progenitores, sino que también produce mejorías el funcionamiento global de los menores (Corcoran y Pillai, 2008). Esta necesidad parece más evidente todavía en casos de abuso extrafamiliar, donde la intervención no debe dirigirse únicamente al menor sino también a sus familias (Grosz, Kempe y Kelly, 2000). Como ya se ha puesto

de manifiesto, tanto en revisiones (p. ej., Harvey y Taylor, 2010) como investigaciones (p. ej., Deblinger *et al.*, 2010) sobre los efectos de las terapias psicológicas, la TCC-CT no sólo resulta útil con los menores víctimas de abuso sexual, sino también con sus padres no ofensores. Saunders *et al.* (2004) recogen otras aproximaciones terapéuticas dirigidas a la familia, como la terapia de apego-trauma o el programa de tratamiento del abuso sexual infantil (*Parents United*), cuya eficacia aún no está suficientemente contrastada.

Prevención e intervenciones con adultos

Otro ámbito de investigación con población infantil y juvenil es el de las intervenciones dirigidas a la prevención del abuso sexual. Este es un campo complejo y de naturaleza multidisciplinar donde confluyen trabajos realizados desde perspectivas psicológicas, médicas, sociales y educativas. Según Duane y Carr (2002) hay tres tipos de programas preventivos: (1) dirigidos a los ofensores sexuales, con el objeto de potenciar la inhibición interna de sus conductas de abuso; (2) dirigidas a padres y profesores para que tomen conciencia respecto al abuso sexual de menores; y (3) los centrados en los menores y que consisten en el entrenamiento de habilidades para resistir situaciones de abuso. Las intervenciones preventivas dirigidas al niño pueden consistir en el modelado de habilidades de autoprotección a través de dramatizaciones, el entrenamiento en habilidades conductuales de autoprotección o programas de enseñanza tradicional. La investigación ha demostrado que los programas educativos que se aplican en la escuela pueden producir cambios significativos en el conocimiento y comportamiento de autoprotección de los niños para prevenir su victimización (Ripens, Aleman y Goudena, 1997; Zwi *et al.*, 2007). Según las conclusiones de Duane y Carr (2002), extraídas de su metaanálisis sobre programas preventivos del abuso sexual, éstos no sólo afectan a los conocimientos y habilidades de autoprotección, sino que facilitan o precipitan la revelación de la victimización sexual de algunos menores. Lamentablemente se han detectado importantes problemas metodológicos en gran parte de los estudios preventivos publicados (Krugman, Lane y Walsh, 2007; Zwi *et al.*, 2007).

Las intervenciones dirigidas a los padres incluyen visitas domiciliarias y el entrenamiento conductual de padres (Krugman *et al.*, 2007). También se han utilizado programas multimodales que combinan diferentes tipos de técnicas y objetivos, así como intervenciones a través de los medios de comunicación. Para la prevención del maltrato y abuso sexual infantil se consideran prometedoras intervenciones como las visitas domiciliarias, la educación de los padres y ciertos programas multicomponentes (Mikton y Butchart, 2009). Los programas de entrenamiento para padres pueden mejorar significativamente incluyendo componentes conductuales y sesiones individuales (Lundahl, Nimer y Parsons, 2006).

Aunque no es el objetivo de este trabajo, es necesario señalar aquí que en el tratamiento de los adultos que han sufrido abuso sexual durante su infancia la terapia cognitivo conductual es también la aproximación terapéutica que ha demos-

trado mejores resultados frente a trastornos interiorizados y exteriorizados (Taylor y Harvey, 2010; Vickerman y Margolin, 2009). Otras intervenciones investigadas son de carácter ecléctico, terapias psicológicas orientadas al *insight* (*insight oriented*), así como terapias conductuales como la terapia dialéctico conductual (Decker y Naugl, 2008). En todo caso, aún no se cuenta con estudios suficientemente rigurosos que apoyen la utilidad de estas otras terapias que también se han centrado fundamentalmente en el TEPT relacionado con el abuso.

Retos y perspectivas futuras

El fenómeno del abuso sexual sigue siendo en sí mismo uno de los grandes retos para la sociedad contemporánea, que se presenta en todos los países y culturas. Desde hace varias décadas se han venido realizando gran número de estudios sobre los diferentes aspectos de este problema, como la definición, la prevalencia, la detección y evaluación, así como el tratamiento y la prevención. Pese a los avances producidos, aún hay temas controvertidos, ámbitos poco estudiados o que necesitan mayor profundización.

Así, continúa siendo una necesidad la unificación de criterios en las definiciones, formas de medición y registro del abuso sexual infantil. Estas dificultades ha sido una constante a lo largo de los años de estudio del abuso sexual (Aber y Zigler, 1981; Cicchetti y Carlson, 1989; Glaser, 2008; Giovanonni y Becerra, 1979; Manly, 2005; McGee y Wolfe, 1991; *National Research Council*, 1993). Contar con definiciones compartidas por investigadores y profesionales es vital ya que marcan la pauta en todo el proceso de atención del abuso sexual, desde la notificación hasta el tratamiento. Con definiciones ambiguas el riesgo de denunciar un caso que no es, o bien omitir la identificación de un caso es muy elevado, con las repercusiones que esto puede tener en estudios de prevalencia y el diseño de políticas sociales. Éste es un riesgo tanto para clínicos como para investigadores. Tal y como indican Smith *et al.* (2006), la fiabilidad puede verse afectada por la ambigüedad de los términos y por la poca objetividad que los evaluadores tienen en estos casos. Además la definición del abuso sexual debe ser lo suficientemente precisa para que lo diferencie de otros tipos de maltrato, en el momento de la detección y cuantificación. Por esta razón, en el apartado correspondiente se señaló la necesidad de que las definiciones incluyan información sobre el tipo de abuso (abuso con penetración y otros actos sexuales abusivos), la clase del abuso (extrafamiliar e intrafamiliar), la intensidad del abuso (grave o crónico), la edad y capacidad de consentimiento del menor. Ya que a menor nivel de desarrollo y edad parece haber menor probabilidad de informar sobre el abuso sexual, se considera necesario encontrar mecanismos y estrategias que permitan detectar víctimas a más temprana edad, que puedan ser atendidas de una manera integral y que logren recuperarse de la experiencia que han vivido (Hewitt, 1999). Este es un tema en el que la investigación no ha avanzado lo suficiente. Tampoco debe olvidarse en las investigaciones el tiempo de notificación del abuso desde el momento de su ocurrencia, que podría repercutir en su impacto.

Así mismo, es aún necesario profundizar en la codificación e investigación de los distintos tipos de abuso y los factores relacionados con ellos. El conocimiento que se deriva de este tipo de investigación es necesario para afrontar adecuadamente el fenómeno del abuso sexual infantil, controlarlo y prevenirlo. Esto supone contar con indicadores e instrumentos válidos y determinar las fuentes de la información más adecuadas. No debe olvidarse que en la actualidad las distintas fuentes de datos ofrecen resultados diferentes sobre incidencia del abuso o a su prevalencia. Actualmente los datos sobre abuso sexual provienen de distintas fuentes como son los servicios de protección, los servicios de salud, de los agentes de control social como la policía, que los obtienen de distintos actores como son el niño víctima, el padre no ofensor, y los profesionales que atienden al menor en distintos momentos.

Con relación a este problema, supone un avance considerable el desarrollo de instrumentos de evaluación sobre los distintos tipos de maltrato y abuso infantil, que se han desarrollado bajo el auspicio de la ISPCAN (Dunne *et al.*, 2009; Runyan *et al.*, 2009; Zolotor *et al.*, 2009). La aplicación en siete países de los tres instrumentos desarrollados, con versiones en los siete idiomas correspondientes, incluido el español, ha supuesto un enorme avance para el estudio de la prevalencia y distribución del abuso sexual infantil, tal y como se comentó anteriormente. La utilización generalizada de estos instrumentos, con criterios uniformes, permitirá la comparación de datos en estudios transculturales, al margen de contar con sistemas de información más fiables. Es de esperar que esto permita también controlar el fenómeno del abuso de mejor manera.

Otro ámbito de estudio que presenta dificultades es el de la evaluación psicológica forense tanto en investigación como en la práctica. Así, continúa la discusión sobre los testimonios de los menores y su veracidad, incluso planteándose si los niños inventan las historias de abuso o si éstas son producto de fantasías y delirios (Faller, 2003). Aunque se han diseñado estrategias para minimizar errores al determinar la veracidad de los testimonios, principalmente el CBCA, no ofrecen fiabilidad suficiente como para ser utilizados como pruebas a nivel judicial (Vrij, 2000, 2005). Además, hay también más casos notificados a los sistemas de información en comparación con los casos verdaderamente penalizados. En este tema, los problemas son mayores cuando el testimonio que debe ser valorado es de un menor de seis años. Con frecuencia sólo el testimonio frente al juez tiene validez, por lo que algunos países como Colombia han incluido en los procesos judiciales la presencia de un "traductor" (psicólogo) encargado de entrevistar al menor de una manera segura (en una cámara de Gesell) durante el propio proceso (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2006). Aún se desconoce el impacto sobre la salud mental de los menores de esta medida. Sin embargo, cabe esperar que esté siendo positiva dado que reduce la presión sobre el menor durante el proceso judicial y la posiblemente revictimización al no enfrentarlo directamente ni con el presunto agresor ni con los adultos (juez, fiscal y abogados) presentes.

También se deben considerar en un futuro las estrategias y técnicas utilizadas en la evaluación forense. Las entrevistas forenses se diseñan de manera que sean lo más objetivas posible, aunque pueden darse interpretaciones diversas de las declaraciones del niño que interfieren con los resultados. De igual manera la

utilización de muñecos, figuras y láminas puede ser de gran utilidad en algunos casos y en otros puede generar interpretaciones erróneas, por lo que es necesario continuar investigando y afinando las estrategias de la evaluación psicológica forense (Faller, 2005).

Otro de los retos que enfrenta la evaluación psicológica forense está relacionado con los equipos de profesionales entrenados en estas técnicas. Es necesario capacitar profesionales y contar con un número suficiente y bien distribuido. La carencia de profesionales especializados limita la atención adecuada y la recuperación de las víctimas de abuso sexual, por lo que se deben desarrollar estrategias, apoyándose incluso en los avances tecnológicos, que permitan valoraciones técnicas para todas las víctimas (Traen, Frasier, Cochella, Yaffe, y Goede, 2008).

Uno de los grandes retos en la investigación del abuso sexual es la identificación de su impacto en el menor, para lograr su recuperación y así la restitución de sus derechos en un marco de protección de la infancia. Aunque se ha avanzado mucho en este tema los estudios muestran limitaciones metodológicas como la falta de grupos de control y problemas con las muestras. En muchos estudios sobre consecuencias del abuso el tamaño de las muestras es reducido como para extraer conclusiones (Pereda, 2009). También debe destacarse que estos estudios se centran más en las mujeres que en los hombres (Finkelhor, 2008; Pereda *et al.*, 2009), cuando la literatura indica que también los varones pueden ser objeto de abuso sexual.

Los estudios sobre abuso sexual son principalmente de carácter transversal, y respecto a las consecuencias son muy pocos los estudios longitudinales realizados. A esto se puede añadir que la mayoría de las investigaciones son de carácter retrospectivo, realizadas con adultos o jóvenes. Estos participantes pueden dar cuenta de haber vivido la experiencia de abuso, pero difícilmente pueden servir para identificar otras variables asociadas con el fenómeno. Los estudios retrospectivos presentan también problemas con relación a la memoria y las distorsiones cognoscitivas que se pueden dar como resultado de la experiencia traumática (Brewin, Andrews y Gotlib, 1993). Presumiblemente el abuso sexual afecta la memoria bajo determinadas circunstancias que aún no se conocen, e incluso a veces se asocia con amnesias y otros tipos de mecanismos de olvido (Feldman-Summers y Pope, 1994; Putnam y Carlson, 1993). A pesar de que se han planteado hipótesis neuropsicológicas de estos fenómenos (Putnam, 2003), aún continúan sin explicar.

En todo caso, sería necesario desarrollar instrumentos adecuados para la evaluación de las consecuencias del abuso sexual (Sawyer, Hsu Tsao, Hansen y Flood, 2006). Esto permitiría profundizar en el estudio del curso de los problemas generados por el abuso sexual, el papel de las variables moderadoras, y la razón por la que se desarrollan unos problemas y no otros. En este ámbito, factores como la vulnerabilidad, la resistencia y el afrontamiento parecen tener un papel importante, tal y como muestran algunos estudios retrospectivos (DuMont *et al.*, 2007).

También sigue siendo un reto para los investigadores el desarrollo de tratamientos eficaces que permitan la recuperación de las víctimas. Estas intervenciones deben ir dirigidas a las múltiples problemáticas que muestran los menores de edad sometidos a la experiencia traumática del abuso sexual. Los estudios realizados

hasta el momento se han dirigido principalmente al TEPT (Harvey y Taylor, 2010; MacDonald *et al.*, 2008), mientras que otros problemas han sido mucho menos investigados. Son muy pocas las investigaciones dirigidas a niños preescolares (Harvey y Taylor, 2010; Silverman *et al.*, 2008), con los que los tratamientos se han mostrado menos eficaces (Harvey y Taylor, 2010).

Aparentemente, las investigaciones terapéuticas que se han venido desarrollando nos ofrecen en este momento algunas opciones sólidas, sobre todo cuando se trata de abordar el TEPT relacionado con el abuso. La investigación indica que los tratamientos cognitivo conductuales son los que producen mejores resultados en especial cuando se dirigen al TEPT (Avinger y Jones, 2007; Harvey y Taylor, 2010), principalmente la TCC-CT (Silverman *et al.*, 2008). Sin embargo, la revisión de MacDonald *et al.* (2008), incluida en la prestigiosa Biblioteca Cochrane (*The Cochrane Library*) pone de manifiesto la debilidad metodológica de muchos estudios realizados sobre terapias cognitivo conductuales junto con los resultados escasamente significativos obtenidos por este tipo de tratamientos. Si consideramos, como se vio en el apartado correspondiente, que otras opciones terapéuticas demuestran efectos mucho menores, debemos considerar que este campo de investigación está aún necesitado de más y mejores estudios.

Es necesario también consolidar los programas de prevención del abuso sexual en contextos educativos y comunitarios. La prevención es una alternativa importante en el tema del abuso sexual. Las diversas aproximaciones preventivas están basadas en modelos aplicados en el contexto educativo, los cuales han sido cuestionados por algunos autores, en particular aquellos programas que están integrados dentro del currículo educativo (Duane y Carr, 2002). Este tipo de programas se han demostrado útiles a la hora de mejorar conocimientos y comportamientos de autoprotección que se supone servirán de prevención del abuso (Duane y Carr, 2002; Ripens *et al.*, 1997; Zwi *et al.*, 2007). Este tipo de programas preventivos parecen todavía demasiado genéricos, ya que se han desarrollado con poblaciones escolares generales en la mayor parte de los casos, y faltan estudios con poblaciones de riesgo. Además, los estudios que sustentan estos programas no cuentan con metodologías rigurosas (Krugman *et al.*, 2007; Zwi *et al.*, 2007). Así es que continúa siendo un reto la investigación en este campo, sin olvidar intervenciones dirigidas hacia los agresores sexuales.

Finalmente, hay que señalar la necesidad de que este tipo de investigación redunde en mejoras sociales reales, sea tenida en cuenta por los responsables institucionales, e integrada en las acciones sociales y políticas que deben realizarse. Igualmente, se debería conseguir que los países que se han comprometido a proteger a los niños cumplan con los acuerdos internacionales, fortaleciendo el marco de los derechos de los menores no sólo a través de políticas policiales y legales, sino también mediante programas eficaces y eficientes de protección. En los últimos tiempos se han logrado avances en algunos de los 193 países que firmaron la Convención de Derechos del Niño (ONU, 1996), como por ejemplo en la reducción de la mortalidad infantil, en la disminución del trabajo infantil así como de los casos de menores vinculados a grupos militares o al margen de la ley, o en el aumento de niños dentro del sistema educativo de cada país. Sin embargo, todavía hay

problemas importantes como la mortalidad infantil, la falta de escolarización, o el maltrato y abuso sexual. Estas últimas formas de violencia hacia los niños iguala a países de todo el mundo, no son exclusivas de países menos desarrollados, y necesitan ser abordadas con toda la intensidad posible.

La investigación sobre el abuso sexual de infantil y juvenil, desarrollada principalmente a lo largo de los últimos 30 años, ha mejorado enormemente nuestra comprensión de ese fenómeno, sus características y efectos, así como las diversas posibilidades de tratamiento y prevención. Pero, lamentablemente, quedan aún muchos temas por resolver si se pretende eliminar éste flagelo nuestras sociedades y, en cualquier caso, lograr recuperar las víctimas mediante tratamientos eficaces dirigidos a las múltiples consecuencias del abuso.

Referencias

- Aber, J. L. y Ziegler, E. F. (1981). Developmental considerations in the definition of child maltreatment. En D. Cicchetti y R. Rizley (dirs.), *New Directions for Child Development* (pp. 1-29). San Francisco: Jossey-Bass.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and the 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of psychiatry.
- Adler-Nevo, G. y Manassis, K. (2005). Psychological treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression and Anxiety*, 22, 177-189.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4ª ed., texto rev.). Washington, DC: autor.
- Avinger, K. A. y Jones, R. A. (2007). Group treatment of sexually abused adolescent girls: a review of outcome studies. *The American Journal of Family Therapy*, 35, 315-326.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- 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.
- Berliner, L. y Conte, J. R. (1993). Sexual abuse evaluations: conceptual and empirical obstacles. *Child Abuse and Neglect*, 17, 59-66.
- Berliner, L. y Elliot, D. M. (2002). Sexual abuse of children. En J. E., Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, y T. A. Reid (dirs.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 55-78). Thousand Oaks: Sage.
- Bernstein, D. P. y Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bolen, R. M. (2001). *Child sexual abuse: its scope our failure*. Hingham: Kluwer Academic Publishers.
- Brewin, C., Andrews, B. y Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: theory and treatment of the lasting effects*. California: Sage.
- Browne, C. y Winkelman, C. (2007). The effect of childhood trauma on later psychological adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 684-697.
- Carnes, C. N. (2002). *Forensic evaluation of children when sexual abuse is suspected*. Huntsville, AL: The National Children's Advocacy Center.

- Cicchetti, D. y Carlson, V. (1989). *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Nueva York: Cambridge University.
- Cohen, J. A., Deglinger, E. y Mannarino, A. P. (2005). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for sexually abused children. En E. D. Hibbs y P. S. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. Empirically based strategies for clinical practice* (2ª ed., pp. 743-765). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cohen, J. A., Deglinger, E., Mannarino, A. P. y Steer, R. (2004). A multi-site, randomized controlled trial for children with abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cohen, J. y Mannarino, T. (1988). Psychological symptoms in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 12, 571-577.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 42-50.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1228-1235.
- Cohen, J. A. y Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. y Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29, 135-145.
- Corcoran, J. y Pillai, V. (2008). A meta-analysis of parent-involved treatment for child sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, 18, 453-464.
- De Prince, A. P. (2005). Social cognition and revictimization risk. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6, 125-141.
- Deblinger, E., Lippman, J. y Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310-321.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. y Steer, R. A. (2010). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67-75.
- Deblinger, E., Stauffer, L. y Steer, R. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6, 332-343.
- Deblinger, E., Steer, R. y Lippman, J. (1999). Two year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1371-1378.
- Decker, S. E. y Naugl, A. E. (2008). DBT for sexual abuse survivors: current status and future directions. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim - Treatment and Prevention*, 4, 52-68.
- Dietrich, A. (2007). Childhood maltreatment and revictimization: the role of affect dysregulation, interpersonal relatedness difficulties and posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 8, 25-51.
- Duane, Y. y Carr, A. (2002). Prevention of child sexual abuse. En A. Carr (dir.), *Prevention: what works with children and adolescents?* (pp. 181-204). Nueva York: Taylor.
- Dumont, K. A., Widom, C. S. y Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse and Neglect*, 31, 255-274.
- Dunne, M., Zolotor, A., Runyan, D. K., Andrevia-Miller, I., Choo, W.Y., Dunne, S. K., Gerbaka, B., Isaeva, O., Jain, D., Kasim, M. S., Macfarlane, B., Mamyrova, N., Ramirez, C., Volkova, E. y Youssef, R. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective

- version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries. *Child Abuse and Neglect*, 33, 815-825.
- Echeburúa, E., Amor, P. y Corral, P. (2005). Evaluación del trastorno de estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 489-505). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctima de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44.
- English, D., Bangdiwala, S. y Runyan D. K. (2005). The dimensions of maltreatment: introduction. *Child Abuse and Neglect*, 29, 441-460.
- Faller, K. C. (1988). *Understanding child sexual abuse*. London: Sage.
- Faller, K. C. (1993). *Child sexual abuse: intervention and treatment issues*. U.S. Department of Health and Human Services. Administration for Children and Families. Recuperado el 15 de septiembre de 2010, desde <http://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/sexabuse/sexabuse.pdf>
- Faller, K. C. (2003). *Understanding and assessing child sexual maltreatment*. London: Sage.
- Faller, K. C. (2005). Anatomical dolls: their use in assessment of children who may have been sexually abused. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14, 1-21.
- Feldman-Summers, S., y Pope, K. S. (1994). The experience of "forgetting" childhood abuse: a National Survey of Psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 636-39.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilient: a framework to understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-26.
- Fletcher, K. (1996). Psychometric review of the When Bad Things Happen Scale (WBTH). En B. H. Stamm (dir.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 435-437). Lutherville: Sidran.
- Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: a review of recent literature. *Child Abuse and Neglect*, 17, 59-66.
- Friedrich, W.N. (1997). *Child sexual behavior inventory: professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Dittner, C., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies W. H., Gray, A. y Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6, 37-49.
- Finkelhor, D. (1979). What's wrong with sex between adults and children: ethics and the problem of sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 692-697.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 409-417.
- Finkelhor, D. (1997). The victimization of children and youth: developmental victimology. En R. C. Davis, A. J. Lurigio y W. G. Skogan (dirs.), *Victims of Crime: problems, programs and policies* (2ª ed., pp. 86-107). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Finkelhor, D. (1998). Improving research, policy, and practice to understand child sexual abuse. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1864-1865
- Finkelhor, D. (2008, septiembre). *Lessons from the Decline in Child Maltreatment in the USA*. Comunicación presentada en el XVIIth ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect, Hong Kong, China.
- Finkelhor, D. y Browne A. (1986). Initial and long-term effects: a conceptual framework. En D. Finkelhor (dir.), *A sourcebook on a child sexual abuse* (pp. 180-198). Newbury Park, CA: Sage.
- Finkelhor, D. y Jones, L. (2006). Why have child maltreatment and child victimization declined? *Journal of Social Issues*, 62, 685-716.

- Garbarino, J. (2008). *Children and the dark side of human experience*. Nueva York: Springer.
- Giovanonni, J.M. (1989). Definitional issues in child maltreatment. En D. Cicchetti y V. Carlson (dirs.), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 3-37). Nueva York: Cambridge University.
- Giovanonni, J. M. y Becerra R. M. (1979) Defining child abuse. Nueva York: Free Press.
- Glaser, D. (2008, abril). *Concept Paper on Child Abuse*. Documento presentado en el ISPCAN Global Summit on Protecting Children from Violence, Abuse and Neglect, Chicago, Estados Unidos.
- Glaser, D. y Wiseman, M. (2000). Child sexual abuse. En E. E. Bittar y N. Bittar (dirs.), *Principles of Medical Biology* (vol. 14, pp. 357-378). Stamford, CT: Elsevier.
- Grosz, C. A., Kempe, R. S. y Kelly, M. (2000). Extrafamiliar sexual abuse: treatment for child victims and their families. *Child Abuse and Neglect*, 24, 9-23.
- Hall, K. (2008). Childhood sexual abuse and adult sexual problems: a new view of assessment and treatment. *Feminism & Psychology*, 18, 546-556.
- Harvey, S. T. y Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 30, 517-535.
- Hetzel-Riggin, A. M. Brausch, B. Montgomery, S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. *Child Abuse and Neglect*, 31, 125-141.
- Hewitt, S. (1999). *Assessing child sexual abuse allegations in pre schoolers*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Horno, P., Del Marino, A. C., López, F., Giménez, S. y Román, B. (2006). *Explotación sexual infantil: análisis de la situación en España*. Madrid: Save the Children.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2006). *Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006*. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- ISPCAN (2008). *Mental Health curriculum task force*. Hong Kong: Autor.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O. y Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358-368.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M. y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R. y Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.
- Kolko, D. J. (1996). Individual cognitive behavioral treatment and family treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: a comparison of clinical outcomes. *Child Maltreatment*, 1, 322-342.
- Krugman, S. D., Lane, W. G. y Walsh, C. M. (2007). Update on child abuse prevention. *Current Opinion in Pediatrics*, 19, 711-718.
- Lameiras Fernández, M., Carreras Fernández, M. V. y Failde Garrido, J. M. (2008). Abusos sexuales a menores: estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista d'Estudis de a Violencia*, 6, 1-23.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Lundahl, B. W., Nimer, J. y Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: a meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice*, 16, 251-262.
- Luo, Y., Parish, W. L. y Laumann, E. O. (2008). A population based study of childhood sexual contact in China: prevalence and long-term consequences. *Child Abuse and Neglect*, 32, 721-731.

- Macdonald, G. M., Higgins, J. P. T. y Ramchandani, P. (2008). Intervenciones cognitivo-conductuales para el abuso sexual de niños. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, 4. Recuperado el 15 de septiembre de 2010, desde <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001930>
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657.
- Manly, J., T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 29, 425-439.
- Manly, J. T., Kim, J., E., Rogosch, F. A., y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.
- McDermott-Steinmetz, M. (1997). *Interviewing for a child sexual abuse: strategies for balancing forensic and therapeutic factors*. Notre Dame: Jalice Publishers.
- McGee, R., Wolfe, D. (1991). Multiple treatment attribution of blame and adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology*, 13, 827-846.
- Mikton, C. y Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 353-361.
- Milner, J. S, Murphy, W. D., Valle L.A. y Tolliver, R. M. (1998). Assessment issues in child abuse evaluations. En J. R. Lutzker (dir.), *Handbook of child abuse research and treatment* (pp. 75-115). Nueva York: Plenum.
- National Research Council (1993). *Understanding child abuse*. Washington, DC: National Academy Press.
- Organización de Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Recuperado el 15 de septiembre de 2010, de <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 135-144.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31, 191-210.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Putnam, F. W. y Carlson, B. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Ramírez, C. (2002). Modelo de evaluación integrado del maltrato infantil: una aproximación cognoscitivo conductual. *Acta Colombiana de Psicología*, 7, 7-20.
- Ramírez, C. (2008). *Consecuencias psicológicas del abuso sexual en el desarrollo psicológico en la infancia y la adolescencia* [recurso electrónico]. Granada: Universidad de Granada.
- Ramírez, C., Cuadros, M. I., García, C., Orjuela, L., Mojica, R. y Dávila, R. (2005). *Current status of sexual abuse and exploitation in boys, girls and adolescents: the case of Colombia and Brazil*. London: Save the Children South America Programme.
- Ramírez, C. y Pinzón, A. (2005). Prevalencia y factores asociados al maltrato infantil en la costa atlántica y el litoral pacífico colombiano. *Saludarte. Revista de Salud de las Américas*, 5, 5-38.
- Rispens, J., Aleman, A. y Goudena, P. P. (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse and Neglect*, 21, 975-987.
- Runyan, D., Dunne, M., Zolotor, A., Madrid, B., Jain, D., Gerbaka, B., Menick, D. M., Andrevia-Miller, I., Kasim, M. S., Choo, W. Y., Isaeva, O., Macfarlane, B., Ramírez, C.,

- Volkova, E. y Youssef, R. M. (2009) The development and piloting of the ISPCAN child abuse screening tool - parent version (ICAST-P). *Child Abuse and Neglect*, 33, 826-832.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Saigh, P., Yaski, A. E., Oberfield, R. A., Green, B. L., Halamandaris, P. V., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B. y McHugh, M. (2000). The Children's PTSD Inventory: development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 369-380.
- Saunders, B. E., Berliner, L. y Hanson, R. F. (dirs.) (2004). *Child physical and sexual abuse: guidelines for treatment (revised report: April 26, 2004)*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center.
- Sawyer, G. K., Hsu Tsao, E., Hansen, D. J. y Flood, M. F. (2006). Weekly problems scales: instruments for sexually abused youth and their nonoffending parents in treatment. *Child Maltreatment*, 11, 34-48.
- Sedlack, A. J. y Broadhurst, D. D (1996). *Third National Incidence Study of Child and Neglect*. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services.
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A. y Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress*. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services.
- Senn, T. E., Carey, M. P. y Venable, P.A. (2008). Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clinical Psychology Review*, 28, 711-735.
- Silverman, W. K. y Hinshaw, S. P. (2008). The second special issue on evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents: a 10-year update. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 1-7.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W. y Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent exposed to traumatic events: a review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 156-183.
- Smith Slep, A. M. y Heyman, R. E. (2006). Creating and field testing child maltreatment definitions: improving the reliability of substantiation determinations. *Child Maltreatment*, 11, 217-236.
- Steller, M. y Köhnken, G. (1989). Criteria-based content analysis. En D. C. Raskin (dir.), *Psychological methods in criminal investigation and evidence* (pp. 217-245). Nueva York: Springer-Verlag.
- Strand, V. C., Sarmiento, T. y Pasquale, L. E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents, a review. *Trauma, violence and abuse*, 6, 55-78.
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 465-480.
- Taylor, J. E. y Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30, 749-767.
- Traen, I. M., Frasier, L., Cochella, C., Yaffe, J. y Goede, P. (2008). The use of telecam as a remote web-based application for child maltreatment assessment, peer review, and case documentation. *Child maltreatment*, 13, 368-376.
- Trocmé, N. M., Tourigny, M., McLaurin, B. y Fallon, B. (2003). Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1427-1439.
- Vejarano, M. (2006). *Validación de la Entrevista clínico forense*. Bogotá: Asocreemos en Ti. Manuscrito no publicado.

- Vejarano, M. y Ramírez, C. (2007). *Apoyo para la implementación del código de la infancia y la adolescencia en el marco del sistema penal acusatorio y para la reparación integral de los menores víctimas de abuso sexual* (Grant No. 104300-1FIU-003. Documento técnico final). Bogotá: Asocreemos en Ti.
- Vickerman, K. A. y Margolin, G. (2007). post-traumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: II. treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 620-628.
- Vizcarra Larragaña, B. y Balladares Gutiérrez, E. (2003). Prevalencia del abuso infantil en una muestra de jóvenes universitarios/universitarias chilenos. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 37, 1, 51-65.
- Vrij, A. (2000). *Detecting lies and deceit: The psychology of lying and its implications for professional practice*. Chichester: Wiley.
- Vrij, A. (2005). Criteria-based content analysis a qualitative review of the first 37 studies. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 3-41.
- Walker, C. E., Bonner, B. L. y Kaufman, K. L. (1988). *The physically and sexually abused child. Evaluation and treatment*. Londres: Pergamon.
- Wang, C. T. y Daro, D. (1998). *Current trends in child abuse reporting and fatalities: the results of the 1997 annual fifty state survey*. Chicago: Prevent Child Abuse America.
- Wolfe, V. V. y Birt, J. (1995). The psychological sequelae of child sexual abuse. En T. H. Ollendick y R. J. Prinz (dirs.), *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 17 (pp. 233-263). Nueva York: Plenum.
- World Health Organization (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization (2006). *Global estimates of health consequences due to violence against children. Background paper to the United Nations Study on Violence against Children*. Ginebra: Autor.
- Zolotor, A., Runyan, D., Dunne, M., Jain, D., Péters, H. and Ramirez, C., Volkova, E., Deb, S., Lidchi, V., Muhammad, T. e Isaeva, O. (2009). ISPCAN child abuse screening tool children's version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child Abuse and Neglect*, 33, 833-841.
- Zuravin, S. J. (1991). Research definitions of child physical abuse and neglect: current problems. En R. Starr y D. Wolfe. (dirs.), *The effects of child abuse and neglect: issues and research* (pp. 100-128). Nueva York: Guilford.
- Zwi, K., Woolfenden, S., Wheeler, D. M., O'Brien, T., Tait, P. y Williams, K.J. (2007). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Art. CD004380. Recuperado el 15 de septiembre de 2010, desde <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clsysrev/articles/CD004380/frame.html>

RECIBIDO: 27 de abril de 2010

ACEPTADO: 8 de diciembre de 2010

