

# ***Evaluación psicosocial del abuso sexual infantil: factores de riesgo y protección, indicadores, técnicas, y procedimientos de evaluación***

**Antonio ZAYAS GARCÍA**  
*Universidad de Cádiz (España)*

## *Resumen*

El abuso sexual infantil sigue siendo uno de los problemas de salud pública que suscita gran interés en el ámbito científico. Los psicólogos que trabajan en la evaluación psicosocial deben conocer los factores de riesgo y protección que aumentan o compensan la probabilidad de ocurrencia, así como los indicadores físicos, psicológicos, conductuales, sexuales, emocionales y sociales que provocan. Asimismo, es importante que los profesionales cuenten con formación especializada y habilidades personales para establecer un buen clima con los menores. En la evaluación psicosocial del abuso sexual infantil se utilizan distintas técnicas y procedimientos de evaluación. Entre ellos, destaca la entrevista con el menor, a través de la cual se intenta obtener un relato que pueda ser analizado mediante protocolos y técnicas rigurosas para valorar la credibilidad del testimonio, como el *Análisis del Contenido Basado en Criterios (CBCA)*. Se realizan también entrevistas a los cuidadores principales del menor, con el fin de obtener información que pueda reforzar y contrastar la aportada por el niño o niña. Por otro lado, y tratando de evitar que los menores tengan que pasar por procesos judiciales, cada vez se utilizan más las pruebas preconstituídas, consistentes en la declaración del menor ante un experto en un lugar adaptado para evitar el sufrimiento emocional.

## *Abstract*

Child sexual abuse continues to be one of the public health problems with high scientific interest. Psychologists working in psychosocial assessment should be aware of the risk and protection factors that increase or compensate for the probability of occurrence, as well as the physical, psychological, behavioural, sexual, emotional and social indicators that they cause. Likewise, it is important that professionals have specialised training and personal skills to establish a healthy climate with children. Different techniques and assessment procedures are used in the psychosocial assessment of child sexual abuse. Among them, the interview with the child stands out, through which trying to get a narrative that can be analyzed through rigorous protocols and techniques to assess the credibility of the testimony, such as *Criteria-Based Content Analysis (CBCA)*. Interviews are also conducted with the child's primary caregivers, in order to obtain information that can reinforce and contrast the contribution of the child. On the other hand, and trying to prevent children having to go through legal proceedings, more and more are used pre-constituted tests, consisting of the declaration of the child before an expert in a place adapted to avoid emotional suffering.

De entre todas las tipologías de maltrato infantil, el abuso sexual sigue siendo una de las que más interés despierta en la comunidad científica, así como en el ámbito profesional en disciplinas tales como la psicología, el trabajo social, la medicina legal y forense o las ciencias jurídicas, entre otras, debido a su particularidad, tanto en la detección y evaluación como en la intervención y tratamiento. De

hecho, Pereda y Abad (2013) señalan que el abuso sexual infantil (ASI, de aquí en adelante) es la tipología de victimización sexual más frecuente y de la que más investigación se cuenta.

Mebarak, Martínez, Sánchez-Herrera y Lozano (2010, pág. 130) hacen referencia a la definición de ASI aportada por la Organización Mundial de la Salud como:

“Una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado o, también, que viola las normas o preceptos sociales.”

Asimismo, Mebarak *et al.* (2010) señalan que otra definición ampliamente aceptada a nivel internacional es la aportada por el *National Center of Child Abuse and Neglect* (1978), que entiende el ASI como “los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimular sexualmente a sí mismo, al niño o a otra persona” (p. 130).

Sosa y Capafons (1996) hacen hincapié en la existencia de una situación de asimetría, bien por la edad o por el poder ejercido sobre el menor. Es decir, se incluyen contactos sexuales que se dan a través de la fuerza o con la amenaza de hacer uso de ella, con independencia de la edad de los participantes.

Además, el contacto sexual entre un menor y otra persona de mayor edad que él, aún siendo menor de edad también, puede ser considerado una situación abusiva, en caso de que exista una diferencia significativa de edad o en el desarrollo, haciéndolo más pequeño e incapaz de dar su consentimiento (Berliner y Elliot, 2002). Así, y desde una perspectiva más legal, Pereda y Abad (2013) hacen referencia al ASI como un concepto amplio, que incluye una extensa tipología de delitos sexuales, así como otro tipo de acciones no tipificadas como delito.

Es importante indicar que existen importantes diferencias entre las definiciones, en función de la disciplina de la que se trate, especialmente diferencias entre las que emplean los profesionales de la salud, las cuales son mucho más amplias, y las definiciones legales, que son más restrictivas y claramente de otra índole (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). Dado que este trabajo tiene un enfoque eminentemente psicológico, nos hemos centrado en definiciones llevadas a cabo desde el ámbito social y de la salud.

En cuanto a la incidencia y prevalencia del ASI, Pereda y Abad (2013) indican que se trata de un problema que afecta a un importante porcentaje de la población española. No obstante, no disponemos de investigaciones nacionales actualizadas sobre este tema, teniendo como referencias, por ejemplo: el estudio de Saldaña, Jiménez y Oliva (1995), que señalaron que, de los casos detectados de maltrato infantil en España, un 4.2% eran de ASI; y el estudio de López (1994), según el cual, el ASI se da en un 22% de mujeres y en un 15% de hombres, cifras comparables con las de otros países.

En la esfera internacional, los estudios publicados sobre ASI muestran que se trata de un problema de salud pública de considerable magnitud tanto en países occidentales, como en los que están en vías de desarrollo, ante

el que los profesionales no se encuentran bien formados y preparados para hacer frente al mismo de una manera eficaz (Pereda y Abad, 2013; Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009; Stoltenborgh, Ijzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg, 2011).

Respecto a los tipos de ASI, es importante tener en cuenta que ni todos son iguales, ni todos afectan de la misma manera a las víctimas (Vázquez Mezquita y Calle, 1997). En algunas ocasiones el ASI puede ser llevado a cabo por familiares (por ejemplo, padre, madre, hermanos o hermanas mayores). En estos casos, estaríamos ante la tipología de abuso sexual intrafamiliar, mientras que, en otros casos, el abuso es realizado por personas que tienen relación habitual con la víctima, aunque no sean del mismo núcleo familiar (por ejemplo, profesores, entrenadores deportivos o monitores). A pesar de que estas situaciones suelen ser más frecuentes y duraderas, no suelen darse acompañadas de conductas violentas asociadas al abuso. Otra posibilidad es que el agresor sea desconocido para la víctima, siendo más común en estos casos que el ASI se ejerza de forma puntual y aislada, y más frecuentemente ligado a la violencia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Referente al acto abusivo, Echeburúa y Guerricaechevarría (2000) señalan que éste puede ser sin contacto físico, como el exhibicionismo, relatar al menor historias sexuales, proyectarles películas o imágenes pornográficas, entre otras; o con contacto físico, desde las caricias hasta la penetración. No obstante, el coito suele ser menos frecuente que otros tipos de conductas abusivas (Saldaña *et al.*, 1995).

### **Consideraciones generales de la evaluación psicosocial del abuso sexual infantil**

La evaluación del ASI es una tarea compleja, ya que requiere obtener información de múltiples fuentes y hacer uso de diferentes formas de evaluación, como pueden ser las entrevistas, cuestionarios, observación directa o informes de otros profesionales y datos obrantes en el expediente (O'Donohue y Elliott, 1991). La finalidad más inmediata de la evaluación del abuso es ofrecer garantía y seguridad al menor víctima, y protegerle de un nuevo abuso, de otro tipo de maltrato, así como de las posibles amenazas que reciba por el hecho de haber revelado lo ocurrido (Cantón y Cortés, 1997; Mas, 1995).

Asimismo, como señalan Pereda y Abad (2013), la evaluación del ASI debe ser una tarea multidisciplinar, dado que es fundamental explorar diferentes áreas en torno al menor, como son la exploración física, que ha de ser llevada a cabo por un médico forense, la psicológica y la social.

Para llevar a cabo una exploración psicológica forense sobre la posible ocurrencia de ASI, es importante tener en cuenta los diferentes tipos de indicadores o consecuencias relacionadas con los supuestos hechos, así como los factores de riesgo y protección identificados.

## Factores de riesgo y protección en el abuso sexual infantil

A la hora de evaluar el ASI, es importante tener en cuenta diversos factores de riesgo y protección asociados al entorno familiar del menor, así como a características propias de la víctima. Es importante aclarar previamente que estos factores de riesgo o protección no deben ser considerados como determinantes, aunque sí pueden formar una red de conjunciones que favorezcan o disminuyan la probabilidad de ocurrencia de este tipo de situaciones (Pereda y Abad, 2013). Por lo que, no estamos haciendo referencia a una relación directa de causa-efecto, sino a una asociación de probabilidad (Finkelhor y Asdigian, 1996).

A continuación, analizaremos brevemente los factores de riesgo y protección más frecuentemente identificados en el ASI, apoyándonos, para ello, en el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1987). El marco ecológico incluye de forma integrada los contextos de desarrollo del menor (microsistema, exosistema y macrosistema), dando una estructura a los factores que intervienen en el origen y desarrollo del maltrato: a) desarrollo del individuo; b) microsistema, es decir, los entornos más cercanos del menor en los que participa activamente (familia, escuela, iguales); c) exosistema o sistemas sociales que están presentes alrededor de los microsistemas y que influyen en el desarrollo del menor (trabajo del padre y/o de la madre, familia extensa, vecinos, etc.); d) macrosistema, se refiere al nivel de influencia histórico y socio-cultural que afecta al desarrollo personal (los conceptos de paternidad, roles de género, legislación existente, etc). Estos sistemas se interrelacionan, generándose circunstancias o factores que pueden producir riesgo o protección para el menor, frente al maltrato. La clasificación de factores de riesgo y protección desde el modelo ecológico, propuesta en el manual de *Save the Children* (2001) es la siguiente: factores individuales, familiares y socioculturales.

Entre los factores de riesgo individuales, encontramos el hecho de ser niña, considerado así por determinados autores, especialmente en los casos de abusos sexuales intrafamiliares, lo cual se asocia a que la mayoría de agresores son varones heterosexuales (Gil, 1997; Vázquez Mezquita y Calle, 1997). Por otra parte, los rangos de edades considerados de mayor riesgo en menores víctimas de abusos son entre los seis y siete años, y los diez y doce (Finkelhor, 1993). Además, se considera que están en situaciones de alto riesgo aquellos menores con más dificultades para resistirse o verbalizar los abusos, como es el caso de quien padece algún tipo de retraso del desarrollo o discapacidad psíquica (Madansky, 1996), menores carentes de afecto que pueden llegar a sentirse halagados por parte del ofensor, a pesar de que a largo plazo este sentimiento placentero y positivo se convierta en culpabilidad (Pérez y Borrás, 1996).

Con respecto a los factores de riesgo familiares, focalizados en el microsistema familiar, se considera el hecho de

que el menor conviva con una sola figura parental biológica (Finkelhor, Moore, Hamby y Straus, 1997); la presencia de una figura masculina en el domicilio que no tenga parentesco con el menor, como es el caso de la pareja de la madre; o miembros que forman parte del sistema familiar, en casos de familias reconstituidas, como pueda ser un hermanastro (Black, Heyman y Slep, 2001); así como la existencia de otros miembros de la familia extensa en el hogar, como abuelos, tíos o primos (Margolin, 1994; Pou, Ruiz, Comas y Petitbó, 2001). Asimismo, podemos citar la inadecuada supervisión parental (Finkelhor, 1993), insatisfacción de las relaciones matrimoniales (Black *et al.*, 2001) o situaciones como la existencia de consumo de drogas en la familia (McCloskey y Bayley, 2000). Es también un factor de riesgo importante la violencia intrafamiliar. El hecho de que dentro del domicilio existan personas violentas y/o víctimas de maltrato (Arruabarrena, De Paúl y Torres, 1996; Bowen, 2000; Cortés y Cantón, 1997; Mas, 1995; Vázquez Mezquita, 1995; Whitaker *et al.*, 2008). Asimismo, son numerosos los autores que hacen referencia a la transmisión intergeneracional del maltrato, es decir, al hecho de que los agresores hayan sido víctimas de abuso sexual en su infancia (McCloskey y Bayley, 2000).

Referente a los factores de riesgo socioculturales, que hacen referencia tanto a factores del exosistema como del macrosistema, se encuentran el desempleo, pobreza, insatisfacción laboral o problemas en el trabajo, una pobre red de apoyo social, con un alto nivel de aislamiento y escasa integración social, la legitimación de la violencia, la aceptación del castigo físico o la vulneración de los derechos de la infancia (*Save the Children*, 2001).

Respecto a los factores protectores o compensadores, podemos encontrar, entre otros, una historia de vinculación afectiva positiva en la familia, existencia de una red de apoyo psicosocial, seguridad económica, autonomía y apoyo de la pareja en la crianza, así como la integración social del menor y de sus padres con su grupo de iguales (*Save the Children*, 2001).

## Indicadores del abuso sexual infantil

Además de los factores de riesgo y protección anteriormente analizados, diversos indicadores han sido considerados por los expertos para una adecuada evaluación del ASI, entendidos como las consecuencias o efectos, a corto y a largo plazo, que los abusos pueden dejar en los menores víctimas (Pereda y Abad, 2013). A continuación, vamos a clasificar estas consecuencias como indicadores físicos, indicadores psicológicos, emocionales y conductuales, así como indicadores sexuales y sociales.

### Indicadores físicos

Este tipo de indicadores son poco frecuentes y en multitud de ocasiones compatibles con otro tipo de lesiones que

no guardan relación con los abusos sexuales, lo cual hace que sea muy difícil detectar un caso de ASI a través de los indicios o consecuencias físicas (Pereda y Abad, 2013). Asimismo, hay que tener en cuenta que, en la mayoría de los casos de ASI, no se encuentran indicadores físicos (Pou *et al.*, 2001). Si bien, algunos menores que han sufrido abusos sexuales a veces sí presentan daños físicos en los genitales (por ejemplo, dolor o picor, desgarros, enfermedades de transmisión sexual o incluso embarazos) (García y Mur, 2001; Pou *et al.*, 2001). Otros indicadores que no son específicos, pero que pueden resultar como consecuencia de los abusos sexuales, son la enuresis y encopresis secundaria, infecciones urinarias que se repiten, o presencia de tóxicos (García-Repetto y Soria, 2011; Pereda y Abad 2013). Echeburúa y Guerricaechevarría (1998) señalan los trastornos psicósomáticos como las consecuencias físicas más comunes a corto plazo del abuso sexual: dolores inespecíficos (de estómago, cabeza), problemas de sueño (pesadillas, terrores nocturnos, problemas tanto para conciliar como para mantener el sueño) y/o cambios en los hábitos alimentarios.

### **Indicadores psicológicos, emocionales y conductuales**

Las secuelas psicológicas que arrastra la experiencia del ASI en una persona son las más importantes, frecuentes y diversas, tanto las que se producen en la infancia como las que se mantienen a lo largo del ciclo vital de la persona (Pereda, 2010). Que se conviertan en consecuencias a largo plazo va a depender de diferentes variables relacionadas con el menor y la respuesta de su contexto más inmediato, así como de las características del abusador y la situación de abuso en sí (Pereda y Abad, 2013).

Entre los indicadores conductuales encontrados en menores víctimas de abusos sexuales, autores como Tareen, Garralda y Hodes (2007) señalan conductas regresivas, mayor dependencia del adulto, rabietas o conductas opoisionistas y destructivas. Otros autores, como Echeburúa y Guerricaechevarría (1998), han señalado el bajo rendimiento académico, importantes dificultades atencionales y, en adolescentes especialmente, conductas graves como tendencias suicidas o conductas autolesivas, huidas del hogar o consumo abusivo de drogas y alcohol.

En cuanto a indicadores emocionales, se pueden citar entre los más frecuentes, las atribuciones y percepciones distorsionadas del menor respecto a sí mismo y al mundo, elevada desconfianza, sentimientos de estigmatización, culpabilidad, baja autoestima, miedo generalizado, hostilidad y agresividad, vergüenza, depresión, ansiedad, rechazo del propio cuerpo, llegando en algunas ocasiones estas secuelas a eclosionar en trastornos de diverso tipo (estrés postraumático, disociativo de identidad, desórdenes alimentarios, etc.) (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998).

### **Indicadores sexuales y sociales del abuso sexual a menores**

En cuanto a los indicadores sexuales, los autores refieren la adquisición de un conocimiento sexual precoz o inadecuado para la edad del menor, la masturbación compulsiva, un exceso de curiosidad sexual, conductas exhibicionistas o problemas de identidad sexual, entre otros (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998; Mellon, Whiteside y Friedrich, 2006). Por otro lado, Tareen *et al.* (2007) señalan como indicadores sexuales la representación del abuso mediante juegos o dibujos. En general, los expertos en ASI coinciden en que lo más característico en menores víctimas de abuso sexual es la manifestación de algún tipo de conducta sexualizada (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Por último, Echeburúa y Guerricaechevarría (1998) hacen referencia a los indicadores sociales, entre los que incluyen problemas de habilidades sociales, retraimiento social o conductas antisociales.

A pesar de la importancia de tener en cuenta los indicadores anteriormente descritos, a la hora de llevar a cabo la evaluación del ASI, no solo nos podemos basar en ellos para llegar a una conclusión, dada la importancia que tiene la evaluación del menor y su propio testimonio (Pereda y Abad, 2013).

### **Técnicas y procedimientos de evaluación del abuso sexual infantil**

A continuación, vamos a desarrollar brevemente cómo se lleva a cabo el procedimiento de evaluación del ASI, abordándose la entrevista con el menor, con los adultos de referencias, así como otras pruebas o técnicas de evaluación.

#### **Entrevista con el menor**

El objetivo de llevar a cabo la entrevista con menores, en los que existe sospecha de ASI, es conseguir su testimonio, para posteriormente analizarlo. Para los profesionales especializados en la evaluación del abuso es fundamental disponer de la información anteriormente citada, así como del relato del propio menor, considerado por algunos autores como la prueba clave (Pereda y Abad, 2013).

En cuanto al contexto en el que debe desarrollarse la entrevista con el menor, es importante que transcurra en un ambiente tranquilo y cómodo, donde se le asegure su privacidad, con una adecuada ventilación e iluminación, temperatura agradable y con muebles adaptados, siendo también muy importante que no existan elementos que puedan perturbar la atención del menor o interrumpir la entrevista, como teléfonos y terceras personas. Asimismo, es importante evitar todo aquello que pueda intimidar al

menor y, por tanto, dificultar un adecuado establecimiento del *rapport* (González *et al.*, 2013; Lamb, Orbach, Herskowitz, Esplin y Horowitz, 2007; Muñoz *et al.*, 2016).

Por otro lado, Contreras, Silva y Manzanero (2015) consideran que una regla básica para afrontar una entrevista con un menor es que el evaluador adecúe su forma de intervenir al momento evolutivo del evaluado, pudiéndose así adaptar la entrevista al fin de que sea comprensible para el menor, fomente la espontaneidad y la fluidez, y se pueda interpretar la información que se obtenga de una forma acorde a su desarrollo madurativo. Por ello, siguiendo a estos mismos autores, se hace necesaria la exploración previa de las capacidades cognitivas del menor, de cara a valorar su competencia para testificar.

Respecto a las cualidades del entrevistador, debe ser un profesional neutral y abierto a diversas hipótesis, agradable, paciente, sensible, que promueva un ambiente cálido y de apoyo (Cantón y Cortés, 1997; Cantón *et al.*, 2013). También es importante que el profesional se sitúe a la misma altura visual que el menor, para recalcar el trato de igualdad, garantizar una mejor comunicación y facilitar la percepción de señales no verbales que denoten el estado emocional del menor (Muñoz *et al.*, 2016). Por otro lado, ha de evitarse el contacto visual directo cuando el menor esté relatando los hechos abusivos, intentando usar una postura corporal que exprese receptividad hacia el relato. El habla del profesional ha de ser en tono cálido, de manera pausada e intentando evitar un lenguaje infantilizado (Muñoz *et al.*, 2016). Además, la entrevista ha de tener cierto nivel de flexibilidad, dado que los menores reaccionan de manera poco operativa ante metodologías de entrevistas rígidas (Lamb *et al.*, 2007).

Por último, pese a la necesaria flexibilidad apuntada anteriormente, la entrevista debe responder a una estructura y fases, previamente planificadas y preparadas. Distintos autores coinciden bastante al proponer las diferentes fases de la entrevista (Cantón y Cortés, 1997; Cantón *et al.*, 2013; González *et al.*, 2013; Muñoz *et al.*, 2016):

- a. *Fase preparatoria o introductoria*: tiene como objetivo principal el establecimiento de un buen clima o *rapport*, tras el primer contacto con el menor.
- b. *Fase preliminar o de transición*: cuya finalidad es la valoración de las capacidades cognitivas y sociales del menor, para que pueda llevarse a cabo la toma de testimonio.
- c. *Fase sustantiva o de obtención del relato*: tiene como objetivo principal obtener el testimonio del menor sobre los supuestos hechos abusivos de los que ha podido ser víctima.
- d. *Fase de cierre*: se pretende terminar la entrevista con un tono emocional lo más positivo posible, evitando que el menor no concluya la exploración con sentimientos encontrados o negativos.

### **Análisis de la credibilidad del testimonio**

Una vez realizada la entrevista, es fundamental el posterior análisis de la credibilidad del testimonio. Este procedimiento proporciona una mayor información y con un carácter más determinante en la evaluación del ASI (Malloy, la Rooy, Lamb y Katz, 2011). Para llevar a cabo el análisis de la credibilidad del testimonio existen pruebas semi-estandarizadas con protocolos y guías entre las que es importante señalar el *Análisis del Contenido Basado en Criterios (CBCA)* (Steller y Wolf, 1992), dado su elevado uso, así como la aceptación que tiene por parte de la comunidad científica y profesional (Pereda y Abad, 2013). Para la aplicación de este procedimiento es fundamental grabar la entrevista del menor. Posteriormente, se ha de llevar a cabo una transcripción literal de la entrevista. Siguiendo a Cantón y Cortés (1997) y Cantón *et al.* (2013), sobre la transcripción, debe puntuarse la presencia o no de 19 criterios agrupados en cinco categorías: características generales, contenidos específicos, peculiaridades del contenido, contenidos referentes a la motivación y elementos específicos de la agresión. Debe tenerse en cuenta que una declaración válida no tiene que cumplir necesariamente todos los criterios. El *CBCA* se sustenta en la hipótesis de que las declaraciones llevadas a cabo por los menores sobre acontecimientos que realmente han vivenciado muestran una diferencia cuantificable respecto a las que puedan ser afirmaciones falsas o fantasiosas, convirtiéndose, por tanto, en una pieza clave para una adecuada y correcta evaluación del ASI (Masip, Garrido y Herrero, 2003; Pereda y Abad, 2013).

Un último paso en la evaluación de la credibilidad del testimonio, está centrado en la comprobación de la validez. Consiste en analizar toda la información disponible para cualificar los resultados del *CBCA* y tomar una decisión final. Para ello, se exploran cuatro categorías: características psicológicas de la víctima, características de la entrevista, motivación del menor para revelar el abuso sexual y cuestiones de la investigación. Finalmente, debe obtenerse una valoración global de la evaluación con el resultado de «muy probable», «probable», «poco probable», «muy poco probable» o «indeterminada» (Cantón y Cortés, 1997; Cantón *et al.*, 2013).

### **Otras pruebas o técnicas de evaluación aplicables al menor**

En ocasiones, también se suelen administrar otras pruebas o instrumentos psicológicos con el fin de valorar posibles síntomas o indicadores que puedan tener que ver con el ASI, y que puedan corroborar o apoyar lo evaluado en las entrevistas, tanto con los adultos como con el menor.

Así, se recomienda el uso de instrumentos validados, especialmente con víctimas de ASI, y centrados en los indicadores y las características clínicas principales que se han observado en estos menores (Pereda y Arch, 2012).

### Entrevista con adultos

Muñoz *et al.* (2016) señalan la importancia que tiene la entrevista con los adultos presentes en el contexto social del menor, estableciendo, tres objetivos fundamentales para estas entrevistas: 1) obtener más datos para contrastar la hipótesis con el o la menor; 2) poder contar con más información sobre el menor, tales como sus gustos, preferencias, características o rasgos de personalidad relevantes, posible ansiedad por separación, etc.; y 3) conseguir, por parte de una persona cercana al menor y con conocimiento de lo sucedido, un relato sobre cómo ha sido la experiencia vivida por parte de la víctima, con el fin de posteriormente contrastarlo con el testimonio que aporte el menor (Muñoz *et al.*, 2016).

Asimismo, dada la importancia que tiene la presencia de factores de riesgo y protección y los indicadores de ASI, debe emplearse también la entrevista con padres y madres o cuidadores principales del menor para recabar la información oportuna, que revele la presencia o no de dichos factores e indicadores, independientemente de su observación durante el transcurso de la exploración con el menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998).

Pereda y Abad (2013) también señalan que el estudio de los factores de riesgo y protección e indicadores es común realizarlo mediante entrevistas, visitas al domicilio, coordinación con otros profesionales del contexto del niño o la niña, como pueden ser profesores, pediatras, o monitores de ludotecas, con el fin de conocer la estructura y dinámica familiar, las habilidades parentales, la red de apoyo social, así como antecedentes de malos tratos y abusos en los cuidadores principales.

### Victimización primaria vs. secundaria en el abuso sexual infantil

Cuando hacemos referencia a la victimización primaria en el ASI, consideramos aquellos efectos negativos que pueden sufrir los menores debido a la exposición a una situación de victimización sexual (Sotoca, Muñoz, González, Manzanero, 2013). Es decir, podríamos considerar todos los indicadores que a corto o largo plazo se dan en víctimas de ASI, y que anteriormente se han abordado en este trabajo.

La victimización secundaria se refiere a los efectos negativos y nocivos adicionales que pueden llegar a experimentar los menores durante su paso por el sistema jurídico asistencial, debido a una inadecuada actuación por parte de los profesionales del sistema (Sotoca *et al.*, 2013). Siguiendo a estos mismos autores, el principal elemento de victimización secundaria es la sobre-exposición del menor a las distintas pruebas de evaluación y entrevistas, desde que se tiene conocimiento de los hechos. Esta victimización secundaria puede ocasionar un daño psicológico

de igual o mayor gravedad que el provocado por el propio ASI. De este modo, puede producir distintos impactos negativos en los menores, como la re-experimentación de emociones negativas asociadas a los hechos vividos o la sensación de descrédito, especialmente si su testimonio es fuertemente cuestionado por la defensa del agresor, lo cual podría tener un impacto negativo en su autoestima y podrían ser facilitadores de la aparición y mantenimiento de sentimientos como la culpa (Sotoca *et al.*, 2013).

Evitar la victimización secundaria del menor está en manos de todos los profesionales que están inmersos en el sistema. Es su deber preservar y defender los derechos de los menores mediante una intervención adaptada, proporcional y coordinada (para ampliar esta información, consultar el cortometraje producido por la Fundación Márgenes y Vínculos (2009), llamado *Espiral*).

### Prueba preconstituida

Una forma de disminuir la probabilidad de la victimización secundaria es la utilización de la prueba preconstituida. Se trata de una forma de integrar las exigencias psicológicas con los imperativos jurídicos (Echeburúa y Subijana, 2008). Concretamente, Caso *et al.* (2011) señalan que la prueba preconstituida, en los casos de ASI, sería una variante de declaración judicial del menor, la cual debería contemplar al menos los siguientes principios para su adecuado desarrollo:

- a. Principio de protección, es decir, protagonismo total del menor, procurando todos los esfuerzos judiciales para proporcionar al menor un contexto de tranquilidad y confianza, donde pueda expresarse libremente.
- b. Principio de adecuación a las circunstancias concretas de cada menor, es decir, la persona que va a llevar a cabo la exploración ha de atender a las características psicológicas del menor, grado de madurez emocional y sus capacidades cognitivas, lo cual exigirá del evaluador adaptar el guión de la entrevista y las preguntas a dichas características.
- c. Posibilidad de participación de expertos, siendo el juez quien, en función de la situación del menor en el proceso, la edad o momento evolutivo y la gravedad del delito, recurrirá a la colaboración de un experto.

Los objetivos fundamentales, por tanto, de la prueba preconstituida son: por una parte, salvaguardar el indicio cognitivo, es decir, el testimonio como elemento probatorio; y, por otra parte, proteger al menor de la victimización secundaria (Sotoca *et al.*, 2013). Siguiendo a estos mismos autores, los expertos han de contar previamente con un perfil psicológico del menor que oriente: la idoneidad de llevar a cabo la prueba, la fecha en la que se haga, si intervenir o no en caso de detección de sufrimiento emocional por parte del menor, o incluso si aconsejar al juez la suspensión de la

prueba porque pueda estar suponiendo un daño adicional para el menor y/o pueda estar afectando a su testimonio.

Sotoca *et al.* (2013) señalan que, para llevar a cabo la prueba preconstituida, el experto deberá seguir los siguientes pasos:

1. *Vaciado de expediente y contacto con el contexto adulto del menor:* el experto analizará la información obrante en el expediente y llevará a cabo una entrevista con los padres o representantes legales del menor.
2. *Preparación del espacio físico:* la entrevista ha de ser seguida en tiempo real por los distintos operadores jurídicos, para que después puedan introducir las preguntas aclaratorias que estimen oportunas, a través del experto. Además, ha de ser grabada en soporte audiovisual. Lo más adecuado es contar con dos salas contiguas conectadas por un sistema de circuito cerrado de televisión o con espejos unidireccionales, siendo importante que el equipo sea lo más discreto posible y que se asegure su correcto funcionamiento, antes de que comience la prueba. El ambiente en la sala de entrevista ha de ser privado, informal, con mobiliario adaptado a los menores y asegurando el establecimiento de un buen clima de confianza o *rapport*.
3. *Preparación de la entrevista:* la prueba debe plantearse en un momento adecuado para el menor, tanto desde un punto de vista emocional como del desarrollo de sus rutinas diarias, con el objeto de que su cooperación no se vea afectada por estas variables (Ezpeleta, 2001). La duración de la entrevista deberá ser lo más corta posible, atendiendo al estado emocional del menor y al sentido jurídico.
4. *Fases de la entrevista:* según Sotoca *et al.* (2013), las fases de la entrevista en la prueba preconstituida serían la fase introductoria, la fase de transición, la fase sustantiva o de obtención del relato y la fase de cierre.

La prueba preconstituida se configura, por tanto, como una forma de suavizar el proceso judicial por el que tienen que pasar los y las menores víctimas de abusos sexuales. Se trata de buscar un lugar adaptado a las características de los niños y niñas, evitando situaciones tan incómodas como ver la sala de juicio, las togas de los letrados y todo lo relacionado con un contexto tan formal como es una sala del juzgado. Es por esto que se suele llevar a cabo en los lugares donde se encuentran ubicados los equipos profesionales especializados en la evaluación y tratamiento de ASI, siendo el equipo judicial, incluyendo al juez, los que se trasladan al lugar donde se vaya a llevar a cabo la exploración, sin que el menor sea consciente de todo lo que está ocurriendo.

## Conclusiones

Para concluir, no cabe duda que la evaluación del ASI es una tarea compleja que requiere de unos requisitos profesionales, así como procedimentales rigurosos y contrastados empíricamente.

Es frecuente encontrar en la literatura sobre la evaluación del ASI autores que dan una importancia considerable a la formación de los profesionales. Y es que se considera crucial poseer un conocimiento adecuado sobre el ASI, los factores de riesgo y protección, las consecuencias (indicadores) que provocan en los y las menores en función de las características del abuso (intrafamiliar o extrafamiliar), mantenimiento en el tiempo, de las características del ofensor, del contexto en el que se producen o del propio menor víctima. Por ello, se hace hincapié en que no sólo hay que saber detectar indicadores, sino también situar adecuadamente los mismos en función de las diferentes circunstancias, como, por ejemplo, el momento evolutivo del menor.

Otro eje fundamental es controlar los aspectos relacionados con la entrevista a los menores, en su contenido y en su forma, siendo clave que el profesional sea capaz de establecer una relación de confianza con el menor y que éste se sienta lo más cómodo posible a la hora de relatar su experiencia de abuso.

Respecto al análisis de la credibilidad del testimonio, recalcar la importancia de que los profesionales conozcan la técnica *CBCA*, con el objeto de que se aplique lo más adecuadamente posible, siendo importante disponer de formación específica sobre su uso, así como de experiencia previa con profesionales más experimentados para garantizar una más adecuada interpretación de los resultados.

Asimismo, hay que señalar que la entrevista con los progenitores o responsables legales del menor es un aspecto que diversos autores consideran crucial en el proceso de evaluación del ASI, debido a la riqueza de la información que de ella se puede obtener.

De igual modo, se considera importante recalcar los beneficios que conlleva el que cada vez sea más frecuente la puesta en marcha de pruebas preconstituidas. Se trata de un importante paso que refleja el interés del sistema judicial por proteger las necesidades emocionales de niños y niñas, que tienen que pasar por situaciones tan delicadas.

Por último, destacar la idea de que, como señalan Pereda y Abad (2013), la evaluación del ASI es una tarea multidisciplinar. El trabajo en red es importantísimo, resultando fundamental para un adecuado abordaje profesional y riguroso, la coordinación adecuada entre los distintos profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, abogados). Una mala gestión, tan solo por una de las partes implicadas en la red profesional, puede dejar serias huellas psíquicas en menores víctimas de ASI.

## Referencias

- Arruabarrena, M.I., De Paúl, J. y Torres, B. (1996). *El maltrato infantil: detección, notificación, investigación y evaluación (2ª Ed.)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Berliner, L. y Elliott, D.M. (2002). Sexual abuse of children. En J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny y T.A. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 55-78). Thousand Oaks, CA: Sage
- Black, D.A., Heyman, R.E. y Slep, A.M.S. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 203-229.
- Bowen, K. (2000). Child abuse and domestic violence in families of children seen for suspected sexual abuse. *Clinical Pediatrics*, 39, 33-40.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cantón, J. y Cortés, M.R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil. Causas, consecuencias e intervención*. Madrid: Siglo XXI.
- Cantón, J. y Cortés, M.R. (2013). Intervención en el abuso sexual infantil. En J.D. Cantón, M.R. Cortés, M.D. Justicia y D. Cantón, *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica* (pp. 163-180). Madrid: Pirámide.
- Cantón-Cortés, D. y Cortés, M.R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31 (2), 552-561.
- Caso, M., Arch, M., Jarne, A. y Molina, A. (2011). *Guía práctica de exploración de menores*. Madrid: Editorial Jurídica Sepín.
- Contreras, M.J., Silva, E., y Manzanero, A.L. (2015). Evaluación de capacidades para testificar en víctimas con discapacidad intelectual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25, 86-96.
- Cortés, M.R. y Cantón, J.D. (1997). Consecuencias del abuso sexual infantil, en J.D. Cantón y M.R. Cortés, *Malos tratos y abuso sexual infantil* (pp. 221-283). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (1998). Abuso sexual. En M.A. Vallejo (Coord.), *Manual de Terapia de Conducta* (pp.563-601). Madrid: Dykinson.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo, y efectos psicopatológicos, del abuso sexual infantil. En J. Sanmartín. *Violencia contra niños* (pp. 86-112). Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Subijana, I.J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (3), 733-749.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17 (Special issue: Clinical recognition of sexually abused children), 67-70.
- Finkelhor, D. y Asdigian, N.L. (1996). Risk factors for youth victimization: Beyond a lifestyles theoretical approach, *Violence and Victims*, 11, 3-20.
- Finkelhor, D., Moore, D., Hamby, S.L. y Straus, M.A. (1997). Sexually abused children in a national survey of parents: Methodological issues. *Child Abuse Neglect*, 2 (1), 1-9.
- Fundación Márgenes y Vínculos (2009). *Espiral* (DVD) [<https://www.youtube.com/watch?v=jgLmi56mYks>].
- García, O. y Mur, A. (2001). Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Pediatría*, 54, 267-271.
- García-Repetto, R. y Soria, M.L. (2011). Sumisión química: reto para el toxicólogo forense. *Revista Española Medicina Legal*, 37,105-112.
- Gil, A. (1997). Los delincuentes sexuales en las prisiones. En M. Lameiras y A. López (Eds.), *Sexualidad y salud* (pp. 181-214). Santiago de Compostela: Tórculo.
- González, J.L., Muñoz, J.M., Sotoca, A., y Manzanero, A.L. (2013). Propuesta de protocolo para la conducción de la prueba preconstituida en víctimas especialmente vulnerables. *Papeles del Psicólogo*, 34 (3), 227-237.
- Lamb, M.E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P.W. y Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1201-1231.
- Lameiras, M. (2002). *Abusos sexuales en la infancia: abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Madansky, D. (1996). Abusos sexuales. En S. Parker y B. Zuckerman (Eds.), *Pediatría del comportamiento y del desarrollo* (pp. 355-362). Barcelona: Masson.
- Malloy, L.C., la Rooy, D.J., Lamb, M.E. y Katz, C. (2011). Developmentally sensitive interviewing for legal purposes. En M.E. Lamb, L.C. Malloy y C. Katz (Eds.), *Children's testimony: A handbook of psychological research and forensic practice* (pp. 1-13). Chichester: Wiley.
- Margolin, L. (1994). Child sexual abuse by uncles. *Child Abuse & Neglect*, 18, 215-224.
- Mas, B. (1995). Trastorno de estrés postraumático: el abuso sexual infantil y su tratamiento, en J.M. Buceta y A.M. Bueno (Eds.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados* (pp. 385-419). Madrid: Dykinson.

- Masip, J., Garrido, E. y Herrero, C. (2003). El Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA). *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación Psicológica*, 15, 75-92.
- McCloskey, L.A. y Bayley, J.A. (2000). The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1019-1035.
- Mebarak, M.R., Martínez, M.L., Sánchez-Herrera, A.E. y Lozano, J.E. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, 128-154.
- Mellon, M.W., Whiteside, S.P. y Friedrich, W. (2006). The relevance of fecal soiling as an indicator of child sexual abuse: A preliminary analysis. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 25-32.
- Muñoz, J.M., González-Guerrero, L., Sotoca, A., Terol, O., González, J.L. y Manzanero, A.L. (2016). La entrevista forense: obtención del indicio cognitivo en menores víctimas de abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo* 37 (3), 205-216.
- O'Donohue, W. y Elliott, A.N. (1991). A model for the clinical assesment of the sexually abused child. *Behavioral Assessment*, 13, 325-339.
- Pereda, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12, 273-285.
- Pereda, N. y Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal*, 39 (1),19-25.
- Pereda, N. y Arch, M. (2012). Exploración psicológica forense del abuso sexual en la infancia: una revisión de procedimientos e instrumentos. *Papeles del Psicólogo*, 33, 36-47.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Pérez, M. y Borrás, J.J. (1996). *Sexo a la fuerza*. Madrid: Aguilar.
- Pou, J., Ruiz, A., Comas, L., Petitbó, M.D., Ibáñez, M. y Bassets, J. (2001). Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *Anales Pediatría*, 54, 243- 250.
- Saldaña, D., Jiménez, J. y Oliva, A. (1995). El maltrato en España: un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59-68.
- Save the Children (2001). Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual\_abuso\_sexual.pdf].
- Sosa, C.D. y Capafons, J.L. (1996): Abuso sexual en niños y adolescentes. En J. Buendía (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Sotoca, A., Muñoz, J.M., González, J.L. y Manzanero, A.M. (2013). La prueba preconstituida en casos de abuso sexual infantil: aportaciones desde la psicología jurídica. *La Ley Penal*, 102, 112-122.
- Steller, M. y Wolf, T. (1992). Realkennzeichen in kinderaussagen: empirische grundlagen der kriterienorientierten aussageanalyse. [Credibility criteria for children's testimonies: Empirical foundations for a criterion-oriented analysis of testimonies]. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 39, 151-170.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser E. M. y Bakermans-Kranenburg M. J. (2011). A global perspective on child abuse: Metaanalysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16, 79-101.
- Tareen, A., Garralda, E.M. y Hodes, M. (2007). Post-traumatic stress disorder in childhood. *Archives of Disease in Childhood- Education & Practice Edition*, 92, 1-6.
- Vázquez Mezquita, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez Mezquita, B. y Calle, M. (1997). Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados, *Revista de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología*, 1, 14-29.
- Whitaker, D. J., Le, B, Hanson, R.K., Baker, C.K., McMahon, P.M., Ryan, G. *et al.* (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32, 529-548.

