

## **ABUSO SEXUAL INFANTIL: DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE CASOS**

EVA GONZÁLEZ ORTEGA  
Facultad de Psicología  
Universidad de Salamanca



FOCAD **FORMACIÓN**

*continuada a distancia*



Formación Continuada a Distancia  
Consejo General de la Psicología de España

## Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Abuso sexual infantil: Detección y notificación de casos	
FICHA 1.....	16
Dificultades asociadas a la detección y notificación de abusos	
FICHA 2 .....	21
Sexualidad infantil saludable	

# Documento base.

## Abuso sexual infantil: Detección y notificación de casos

### INTRODUCCIÓN

La salud sexual, entendida como el bienestar físico, psicológico y sociocultural en materia de sexualidad (Organización Mundial de la Salud–OMS, 2000), es una dimensión fundamental de todas las personas, incluidos los niños/as y adolescentes. Por este motivo, y ante la elevada y preocupante incidencia de abusos sexuales tanto a nivel nacional (López et al., 1994) como internacional (Pereda, Guilera, Forns, y Gómez-Benito, 2009), se hace cada vez más necesario delimitar una frontera clara entre lo que es saludable o normativo dentro de la sexualidad infantil y lo que puede considerarse problemático o abusivo (Wardle y Moore-Kneas, 1995).

Lamentablemente, no obstante, los estudios que han abordado esta temática hasta la fecha apenas se han ocupado de formular criterios de salud sexual infantil, debido en parte a la dificultad para delimitar los conceptos “abuso”, “sexual”, e “infancia” (O’Donohue, 1992), y los pocos que lo han hecho no han sido capaces crear un marco de referencia suficientemente operativo y consensuado. En opinión de López (1995), además, la gran variedad de visiones religiosas, legales, personales, culturales, etc. sobre lo que puede considerarse inapropiado o abusivo en materia de sexualidad ha entorpecido el logro de este objetivo.

Una vez asumidas estas limitaciones, sin embargo, ¿qué podemos hacer?. Según López (1995) y Finkelhor (1979), no debemos permitir que el relativismo justifique una actitud pasiva ante los hechos de abuso sexual, en virtud de los frecuentes efectos traumáticos de este tipo de experiencias y el rechazo que generan en casi todas las sociedades. Sí, pero ¿de qué hechos hablamos, en concreto? si bien la mayoría de propuestas coinciden en definir al abusador como una persona adulta o un menor de mucha más edad, estas pautas son imprecisas y difíciles de aplicar a casos individuales (Glaser y Frosh, 1997): ¿cuánta asimetría de edad debe existir para considerar que hay abuso?, ¿puede un menor abusar sexualmente de otro de la misma edad?, ¿pueden ser abusivas las meras propuestas verbales?. En la actualidad, los diversos autores manejan enfoques y criterios diversos en la definición del abuso sexual infantil, y discrepan con frecuencia sobre las conductas sexuales que son susceptibles de ser abusivas y las propias características de la víctima y el abusador (López, 1995).

Por lo tanto, ante la falta de respuestas claras e inequívocas, el mayor dilema en la actuación profesional de los/as psicólogos/as se centra en cómo detectar los abusos sin cometer el error de perseguir las conductas sexuales saludables de los niños. La disparidad de visiones existente, además, puede favorecer que estos y otros profesionales que también trabajan en contacto con menores (médicos, educadores, trabajadores sociales, policías, etc.) terminen por asumir criterios confusos, vagos o poco funcionales (López, 1995), en ocasiones, incluso, derivados de las experiencias sexuales de la infancia, las creencias religiosas, las actitudes del entorno familiar y otros aspectos de la historia personal y el contexto cultural (Johnson, 2002).

Este curso pretende, por todo ello, clarificar algunas de las dudas que pueden tener los profesionales de la Psicología (en el ámbito sanitario, educativo, social, etc.) a la hora de prestar su colaboración en la detección y notificación de casos de abuso sexual. En concreto, el Documento Base ofrece una síntesis de la información que puede resultarles más útil para realizar estas dos labores de forma adecuada: definición científica y legal de abuso sexual, indicadores de un posible abuso, procedimiento para la notificación de las sospechas, etc. Las fichas, por su parte, aportan una reflexión sobre los obstáculos que dificultan la detección y notificación de casos (Ficha 1) y un resumen de las manifestaciones sexuales infantiles que no deben generar sospecha por su compatibilidad con la salud de los menores de edad (Ficha 2).

### DETECCIÓN

#### ¿Qué significa detectar?

Según el Observatorio de la Infancia (2008) en España, detectar significa “reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato Infantil” (p. 12). En otras palabras, detectar consiste en percatarse de “aque-

llas situaciones donde existe maltrato y también aquellas situaciones de riesgo en las que pueda llegar a producirse" (p. 12), a ser posible, de forma precoz para aumentar la probabilidad de que la intervención con el menor tenga éxito.

Conviene aclarar, antes de continuar, que la labor de detección es diferente de la de evaluación. La primera constituye el paso inicial en el protocolo de actuación ante el maltrato infantil, y es una responsabilidad compartida por la población general y los profesionales que están en contacto con menores: servicios sociales, educadores, personal sanitario, policías, etc. La evaluación, por su parte, supone un paso posterior a la detección y notificación de posibles abusos (y anterior a su tratamiento y seguimiento), y es competencia de los servicios sociales municipales o del servicio especializado de menores (Observatorio de la Infancia, 2008).

### ¿Por qué es importante?

Hoy en día, la comunidad científica, profesional y la población general coinciden en señalar que la detección de situaciones potenciales de abuso sexual infantil es una labor fundamental para hacer frente a este grave problema, por los siguientes motivos:

- ✓ *La detección es la primera condición necesaria para atender a las víctimas* (Arruabarrena, 1996; Goldman, Salus, Wolcott y Kennedy, 2003; López, López, Fuertes, Sánchez, y Merino, 1995). Lógicamente, es indispensable que alguien se percate de la situación de victimización sexual que sufre el menor para que sea posible protegerle, evitar futuros abusos (a él o a otros menores), y prestarle la ayuda que precisa. Esta detección debe ser lo más temprana posible dado que, de lo contrario, el menor tendrá más probabilidad de padecer secuelas graves y no responder adecuadamente al tratamiento (Arruabarrena, 1996).
- ✓ *La mayoría de las víctimas de abusos sexuales no comunican el problema* que padecen ni solicitan protección (London, Bruck, Ceci y Shuman, 2005) –en el estudio de López et al. (1994), solo el 30% de las víctimas lo hicieron-, generalmente porque son muy pequeños para acceder por sí mismos a los servicios de ayuda, sienten vergüenza de lo ocurrido (por el tabú existente), temen las posibles repercusiones negativas de la comunicación (represalias del agresor, juicios, alejamiento de la familia, etc.), o no tienen, siquiera, conciencia de ser víctimas de un abuso (Arruabarrena, 2009; Wurtelle y Miller-Perrin, 1992). Cuando las víctimas informan a alguien de su problema, además, con escasa frecuencia lo hacen directamente a profesionales u organismos que son competentes en la materia –en López et al. (1994) solo el 0,3% comunicó su abuso a un educador, y ninguno a un policía, abogado o juez-, y si lo comunican a un familiar, éste reacciona en muchos casos ocultando los hechos.

En definitiva, el abuso sexual infantil es un problema frecuentemente silenciado, y por ello, es necesario que todos prestemos atención a los comportamientos o indicadores que puedan suponer o sugerir la vivencia de abusos sexuales (Díaz y Ruiz, 2005). Si no se realizara esta detección activa, muchos casos de abuso no recibirían la atención psicológica, social, legal, etc. que requieren. De hecho, la mayor parte de los casos de maltrato infantil que investigan los Servicios Sociales en España no son identificados directamente por ellos sino por agentes externos, es decir, por particulares y profesionales que mantienen contacto frecuente con el menor y/o la familia, y conocen su situación (Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil - FAPMI, 2011).

Por lo tanto, es necesario que todos los profesionales que estén relacionados directa o indirectamente con la infancia y la adolescencia (desde los ámbitos educativo, sanitario, social, judicial, etc.) estén sensibilizados respecto a la gravedad e incidencia del abuso sexual infantil, y conozcan las conductas, indicadores, etc. que pueden hacer sospechar de un posible caso. Los psicólogos, además, desempeñan una labor especialmente importante en este terreno al tener la posibilidad de descubrir abusos en el transcurso de la terapia, recibir consultas sobre este tema, ayudar a tomar decisiones judiciales actuando como expertos forenses, y realizar intervenciones con las víctimas o agresores (López, 1995).

### ¿Qué es un abuso sexual infantil?

#### ¿Qué dice la literatura?

Hasta la fecha, las definiciones de abuso sexual infantil que han propuesto los principales estudiosos de este tema difieren ampliamente en el grado de relevancia que conceden a varios criterios o factores. De acuerdo con López (1995), estas discrepancias son responsables, en gran medida, de que aún carezcamos de un concepto suficientemente preciso y aceptado por la comunidad científica y profesional. Concretamente, los criterios más citados por los distintos autores (y a su vez, los que han suscitado más discusión) son los siguientes (López, 1995):

✓ La edad y la asimetría de edad

Tradicionalmente, gran parte de los autores han definido el abuso sexual infantil citando, como condición indispensable, la presencia de una fuerte discrepancia de edad entre el menor y la persona que abusa de él (Rind, Tromovitch y Bauserman, 1998). De acuerdo con este enfoque, todo acto sexual que implica a un niño y un adulto debe ser considerado inadecuado, en razón de la posición de dependencia e inmadurez que ocupa el menor, y su consiguiente incapacidad para consentir y comprender plenamente las actividades sexuales en las que participa. Basándose en la propuesta de Scheter y Roberge (1976), por ejemplo, la OMS (2006) define el abuso sexual infantil como la implicación de un menor en actos sexuales que no comprende, para los que no está preparado por su desarrollo, a los que no puede otorgar consentimiento y que violan los tabúes sociales. Esta conceptualización del abuso, por lo tanto, se apoya en el principio moral que condena los actos sexuales no consensuados, dado que toda discrepancia de edad, por sí misma, conlleva un diferencial de madurez, experiencias y expectativas que impide cualquier posibilidad de relación sexual igualitaria (Finkelhor, 1979).

A pesar de la solidez de su fundamentación teórica, no obstante, la aplicación práctica de este criterio acarrea dos problemas importantes (López, 1995). Por un lado, resulta difícil establecer el límite máximo de edad de la víctima de abusos sexuales, convirtiéndose en un punto de corte muy controvertido que oscila entre los 13 y los 17 años. Según Muehlenhard et al. (1998), esta disparidad de propuestas tiene su origen en la adopción de distintos criterios. Así, mientras que algunos toman como referencia la edad legal de consentimiento, un criterio que varía en función del país y el momento histórico concreto (Graupner, 2004; Jenkins, 2003), otros prestan más atención a la evolución de la capacidad de los menores para consentir su implicación en actos sexuales, un criterio también polémico, puesto que el desarrollo de las habilidades cognitivas y emocionales necesarias para otorgar dicho consentimiento sigue un ritmo muy variable a lo largo de la infancia.

Resulta difícil, por otra parte, concretar la asimetría de edad mínima que debe existir entre la víctima y el abusador y en consecuencia, las discrepancias también suelen ser frecuentes en este aspecto. Tal como ilustra el meta-análisis de Rind et al. (1998), la mayoría de autores proponen un intervalo único de cinco años, mientras que una proporción menor sugieren considerar dos posibles intervalos dependiendo de la edad del menor: cinco años si el menor no supera los 12 años, y diez años si lo hace (Fromuth y Burkhart, 1989; Higgins y McCabe, 1994). Sea como fuere, la exigencia de una considerable asimetría mínima de edad ha llevado en muchos casos a excluir del concepto de abuso sexual infantil todo acto abusivo cometido por un menor o un igual, es decir, a concebir solo dos formas posibles de conducta sexual infantil: una saludable, llevada a cabo con iguales, y otra abusiva, realizada con personas de mucha más edad (Muehlenhard et al., 1998).

✓ El uso de coerción y la asimetría de poder

En contraposición con los planteamientos recién citados, los autores que enfatizan el criterio de asimetría de poder consideran que el uso de la fuerza física, la presión o el engaño, con independencia de la edad del agresor, anula toda posibilidad de actividad sexual saludable con un menor (López, 1995). Según este enfoque, por lo tanto, las estrategias que pone en marcha un agresor (ya sea adulto o menor) para lograr someter a la víctima e imponer una relación sexual entre ambos constituyen, en sí mismas, una condición suficiente para poder etiquetar esa relación sexual de abusiva. Esto conlleva varias ventajas importantes (López, 1995):

✓ *Engloba el criterio asimetría de edad dentro de un concepto más amplio.*

Según este enfoque, cualquier estrategia (amenazas, soborno, presión, etc.) o circunstancia (asimetría de fuerza, desarrollo, etc.) que suponga un diferencial de poder entre un menor y otra persona sitúa inevitablemente al menor en una posición de inferioridad y vulnerabilidad que impide toda posibilidad de relación sexual consensuada, igualitaria y saludable entre ambos. En este sentido, la existencia de una importante asimetría de edad en una interacción sexual lleva implícita otras formas de asimetría (de anatomía, fisiología, desarrollo intelectual, afectos sexuales, habilidades sociales, experiencia sexual, etc.) que denotan, en sí mismas, la existencia de un diferencial de poder, y la consiguiente imposibilidad de la víctima de emitir un consentimiento verdaderamente libre e informado (López, 1995).

Siguiendo este planteamiento, las definiciones propuestas por Finkelhor (1994a) y López (1995) concilian el criterio de edad y el de poder al concebir como hechos de abuso sexual infantil todos los actos sexuales que se acompañan de asimetría de edad, coerción, o ambas circunstancias al mismo tiempo. En concreto, según Finkelhor, las condiciones abusivas se dan cuando la persona con la que interactúa sexualmente el menor posee una ventaja de

edad o madurez, ocupa una posición de autoridad o cuidado, o hace uso de la fuerza o el engaño.

Partiendo también de esta perspectiva, la propuesta realizada por el *Nacional Center of Child Abuse and Neglect* (Faller, 1993, 2003) enfatiza la utilidad clínica de tres criterios a la hora de definir las conductas sexuales que son abusivas: la asimetría de poder, presente cuando el uso de la coerción (engaño, fuerza, etc.), la relación de roles (padre-hija, profesor-alumno) o la mayor edad o capacidad psíquica del abusador hacen que la relación sexual no sea mutua; la asimetría de conocimiento, presente cuando la mayor edad o capacidad intelectual del abusador hacen que éste tenga un mayor conocimiento del significado y las implicaciones de la relación sexual; y la asimetría de gratificación, presente cuando el placer sexual es obtenido de manera exclusiva por el abusador, aunque éste trate de excitar a la víctima.

✓ *Incluye los abusos sexuales que cometen los menores*

Durante décadas, se ha tendido a creer erróneamente que todos los encuentros sexuales entre niños/as se producen por iniciativa mutua, o que los abusos sexuales que son cometidos por menores raramente repercuten de forma traumática sobre la víctima (Haugaard y Tilly, 1988). Muchos, además, han asumido como requisito indispensable para hablar de abuso la existencia de una diferencia mínima de edad de 5 o 10 años entre el abusador y la víctima. Hoy en día, sin embargo, la creciente asunción del criterio de “asimetría de poder” en la definición del abuso sexual está fomentando el reconocimiento de la prevalencia y los efectos negativos de los abusos que llevan a cabo algunos menores (Sperry y Gilbert, 2005).

En efecto, según el *Nacional Center on Child Abuse and Neglect* –NCCAN– (1978, p. 2), “el abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años cuando ésta es significativamente mayor que el niño o cuando está en una posición de poder o control sobre otro menor”. Una tercera parte de los estudios revisados por Rind et al. (1998), de hecho, comparten esta visión y consideran dentro de sus definiciones de abuso sexual infantil aquellas experiencias sexuales que se realizan de manera forzada o en ausencia de consentimiento mutuo (p.ej. Edward y Alexander, 1992; Finkelhor, 1984) dando cabida, así, a una proporción significativa de casos de abuso que son cometidos por adolescentes o niños/as.

La consideración del posible uso de la coerción en la interacción sexual es importante, dado que permite “recalcar la diferencia entre una agresión sexual y el sexo-juego entre menores de la misma edad o similares” (Echeburúa, De Corral y Amor, 1997, p. 168). Una vez más, sin embargo, la aplicación práctica de este enfoque no está exenta de polémica, dado que exige delimitar cuáles son las estrategias o conductas concretas que pueden ser coercitivas; en este sentido, mientras que algunos autores adoptan el mismo criterio de coerción (presión, fuerza, etc.) para todos los casos de abuso sexual que afectan a niños, adolescentes o adultos (Siegel et al., 1987), otros, en cambio, únicamente aplican a los casos de abuso sexual cometidos por menores aquellas estrategias coercitivas que suponen el uso o la amenaza de uso de la fuerza física (Edward y Alexander, 1992).

✓ *El tipo de conducta sexual*

Las diversas definiciones de abuso sexual infantil no solo discrepan sobre los requisitos de edad de la víctima y el agresor, las situaciones que denotan coerción, o el peso que estos dos factores tienen; otra fuente importante de desacuerdo es el tipo de conducta sexual que puede constituir un abuso (Rind et al., 1998). En concreto, mientras que buena parte de las definiciones propuestas incluyen conductas sexuales que pueden implicar o no contacto entre la víctima y el agresor (e.g. Finkelhor, 1994a; Haugaard y Emery, 1989), una minoría sólo considera potencialmente abusivas las conductas que suponen contacto físico (e.g. Briere y Runtz, 1988; Rind et al., 1998).

La definición propuesta por Finkelhor (1994a) constituye un buen ejemplo del enfoque más mayoritario. Específicamente, este autor cita como formas más frecuentes de abuso sin contacto el exhibicionismo, el voyeurismo, la implicación en pornografía y las proposiciones de tipo sexual. En lo referente a los abusos que sí suponen contacto, Finkelhor distingue dos categorías básicas: abuso con penetración (introducir un dedo, un objeto o el pene en la vagina, boca o ano del menor), y abuso sin penetración (tocar los genitales del menor o inducir al menor a que toque los genitales del agresor).

El NCCAN (Faller, 1993, 2003), por su parte, propone un listado más exhaustivo de posibles conductas sexuales que pueden constituir un abuso sexual infantil, y las ordena en función de su grado de severidad (ver Tabla 1). Así, los actos que no suponen forma alguna de contacto (p.ej. hacer propuestas sexuales, exhibir pornografía o los genitales, inducir al menor a que se desnude) aparecen situados en el extremo de menor severidad de la escala. A continuación, los actos sexuales que implican alguna forma de contacto físico (p.ej. tocar las partes “intimas” del menor) se ubican en un punto intermedio y, finalmente, las conductas de penetración o contacto

buco-genital forman parte del extremo de mayor gravedad, considerándose que la penetración digital o de un objeto suponen formas menos severas de abuso que el sexo oral o la penetración peneana. Esta taxonomía, no obstante, se basa en criterios profesionales y no clínicos; tal como señala Faller (2003) las víctimas de formas “menos severas” de abuso sexual también pueden experimentar efectos traumáticos (por ejemplo, las conductas de sexo oral pueden llegar a generar un mayor malestar en el menor que el coito).

En resumen, las diversas definiciones de abuso sexual que propone la literatura científica hacen referencia a tres criterios básicos: la relación de edad de los implicados, su relación de poder y el tipo de conducta sexual que llevan a cabo. No obstante, tal como han constatado Pereda et al. (2009) en una reciente revisión, el criterio de asimetría de poder parece estar desplazando al criterio de asimetría de edad como elemento central del concepto. Según estas autoras, la mayoría de estudios definen el abuso sexual infantil como la experiencia sexual con o sin contacto físico que se produce entre una persona menor de 18 años y una persona adulta o al menos cinco años mayor, o la experiencia sexual que se produce con alguna forma de coerción del menor, independientemente de la edad de la otra persona. Asimismo, la mayoría de definiciones coinciden en subrayar, de un modo u otro, la intencionalidad de gratificación sexual como una característica omnipresente de todo aquel que comete un abuso (Faller, 2003; Finkelhor, 1994a; López, 1995; NCCAN, 1978), es decir, la instrumentalización de un menor para la propia satisfacción de sus deseos sexuales.

*¿Qué dice la legislación?*

La mayoría de códigos penales prohíbe y persigue la comisión de abusos sexuales a menores. La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, de hecho, dictamina el deber de los Estados-partes de adoptar “todas las medidas legislativas (...) apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso (...), incluido el abuso sexual, mientras éste se encuentre bajo la custodia de los padres, un representante legal o cualquier otra persona que lo tenga a su cargo” (ONU, 1989).

En España, el pasado 20 de Septiembre de 2013 el Consejo de Ministros aprobó la remisión a las Cortes Generales del Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Este proyecto toma como referencia la Directiva 2011/93/UE, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil.

La principal novedad es la elevación de la edad del consentimiento sexual de los 13 a los 16 años, siguiendo la sugerencia del Comité de la ONU sobre Derechos del Niño. Con ello, la realización de actos sexuales con menores de 16 años pasa a considerarse un delito de abuso sexual. El nuevo Artículo 184 quater matiza, no obstante, que “el consentimiento libre del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal (...) cuando el autor sea una persona próxima a la menor por edad y grado de desarrollo o madurez”, sin concretar la diferencia de edad o desarrollo que se considerará “próxima”.

Por otra parte, las penas previstas en el Proyecto de Ley se verán agravadas cuando los abusos se cometan “empleando violencia o intimidación” (artículo 183.2), o “cuando el ataque consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías” (artículo 183.3).

Otra novedad es que, en el caso de los menores de más de 16 años y menos de 18 años, se considerará abuso la realización de actos sexuales “interviniendo engaño o abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima” (artículo 182.1) –condición que recuerda al criterio de asimetría de poder más arriba citado-.

TABLA 1 TIPOS DE CONDUCTA SEXUAL QUE PUEDEN CONSTITUIR UN ABUSO (FALLER, 2003)	
TIPOS	CONDUCTAS SEXUALES
Abuso sexual sin contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Propuestas sexuales explícitas</li> <li>✓ Exhibición de las partes íntimas (genitales, pechos, etc.), en ocasiones acompañada de masturbación</li> <li>✓ Exhibición de material pornográfico (fotos, revistas, películas, etc.)</li> <li>✓ Inducir al menor a desnudarse o masturbarse</li> <li>✓ Voyeurismo, fetichismo, etc.</li> <li>✓ Llamadas telefónicas obscenas, cibersexo</li> </ul>
Tocamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tocar las partes íntimas del menor<sup>1</sup></li> <li>✓ Inducir al menor a que toque las partes íntimas del abusador<sup>1</sup></li> <li>✓ Frotamiento de los genitales contra el cuerpo del menor</li> <li>✓ Simular el coito con la ropa puesta (petting)</li> </ul>
Penetración digital o con objeto	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Introducir un dedo u objeto en la vagina/ano del menor</li> <li>✓ Inducir al menor a que introduzca un dedo u objeto en la vagina/ano del abusador</li> </ul>
Sexo oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Besos con lengua</li> <li>✓ Besar o chupar los pechos u otras partes del cuerpo del menor</li> <li>✓ Felación, cunnilingus o analingus</li> </ul>
Penetración peneana	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coito o intento de coito vaginal o anal<sup>2</sup></li> </ul>

<sup>1</sup> Por debajo o por encima de la ropa

<sup>2</sup> Normalmente el abusador es quien penetra al menor

Finalmente, pasa a tipificarse la conducta de aquel que “determine a un menor de 16 años a participar en un comportamiento de naturaleza sexual, o le haga presenciar actos de carácter sexual, aunque el autor no participe en ellos” (artículo 183. Bis) y la de aquel que “a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de 16 años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos (...), siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento”, o “(...) realice actos dirigidos a embaucarle para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas en las que se represente o aparezca dicho menor (...)” (Artículo 183 ter). En ambos casos, por lo tanto, se reconocen formas de abuso sexual que no implican contacto físico (hacer presenciar actos o abusos sexuales sobre otras personas, y el denominado acoso cibernético de menores).

### **Indicadores de un posible abuso**

#### *Indicadores físicos*

Resulta difícil detectar casos de abuso sexual infantil a partir de indicadores físicos porque las consecuencias físicas del abuso son poco frecuentes y muy variables (Pereda, 2010a) –hay que tener en cuenta que los abusadores raramente utilizan la fuerza física sino que recurren a un vínculo preexistente o creado de confianza, autoridad o poder con el menor (López, 1995)-. En muchas ocasiones, además, los indicadores físicos de abuso son inespecíficos, puesto que pueden ser compatibles otro tipo de lesiones o alteraciones.

Los indicadores físicos más específicamente asociados a un abuso sexual son (Intebi, 2007): lesiones en zonas genital y/o anal, desgarramiento del himen o de la mucosa vaginal, dilatación anal, sangrado por vagina y/o ano, infecciones genitales o de transmisión sexual y embarazo. Entre los indicadores físicos más inespecíficos se encuentran la enuresis y encopresis secundaria, las infecciones urinarias repetidas, y las inflamaciones o lesiones por rascado en la zona genital no asociadas a las lesiones arriba señaladas (Intebi, 2007). Otros indicadores de este tipo citados por el Observatorio de la Infancia (2006) son: dificultad para andar y sentarse, ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada, presencia de semen en la boca, genitales o ropa, hematomas o escoriaciones en la cara interna del muslo, etc.

#### *Indicadores afectivo-conductuales*

La detección del abuso sexual infantil a través de indicadores o síntomas físicos suele tener lugar fundamentalmente dentro del ámbito médico o sanitario. Los indicadores psicológicos, en cambio, pueden ser advertidos por cualquier persona (familiar, vecino, profesional, etc.) que esté en contacto frecuente con el menor (Intebi, 2007).

Según Pereda (2009, 2010b), las consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil tanto a corto como a largo plazo son mucho más comunes que las consecuencias de carácter físico, pero también muy diversas (dado que se ven influidas por múltiples variables relacionadas con la víctima, el agresor, la situación de abuso, etc.) y en muchos casos inespecíficas, porque aparecen frecuentemente asociadas a otro tipo de alteraciones o problemáticas en el menor.

El indicador psicológico más específico e inequívoco es la revelación del abuso por parte del niño/a o adolescente. En general, cuando un menor comunica una experiencia de abuso sexual es altamente probable que esté diciendo la verdad y ésta haya ocurrido (Conte, 1992), salvo raros casos de falsas acusaciones asociadas a procesos de separación de los padres (Trocmé y Bala, 2005). Existen diversos instrumentos para evaluar la credibilidad del relato del menor (que no se desarrollarán en este curso, por formar parte del proceso de evaluación posterior a la detección y notificación del que se ocupan profesionales cualificados) de entre los que cabe destacar el Análisis del Contenido Basado en Criterios o CBCA (Steller y Wolf, 1992).

Algunos indicadores afectivo-conductuales de carácter más inespecífico son (Intebi, 2007): síndrome de estrés post-traumático, retraimiento social, hiperactividad, trastornos del sueño, conductas regresivas, fobias, fenómenos disociales, alteraciones en el rendimiento escolar bruscas e inexplicables, fuga del hogar, hostilidad y agresividad exacerbadas, sentimientos de desesperanza y tristeza, trastornos psicósomáticos, trastornos de la conducta alimentaria, violencia, consumo de drogas, delincuencia, entre otros. Tal como señala Intebi (2007), estos indicadores deben ser interpretados teniendo en cuenta la edad y nivel evolutivo del menor.

#### *Indicadores sexuales*

Además de la revelación del menor, indicador altamente específico de un abuso sexual, otros indicadores que se consideran compatibles con un probable abuso son las conductas sexualizadas y los conocimientos inusuales para la edad (Intebi, 2007).



Efectivamente, algunos autores (Friedrich et al., 2001; Kendall-Tackett, Watson y Finkelhor, 1993) defienden que determinadas conductas sexuales infantiles son indicadores fiables de la vivencia de abusos, apoyándose en el hecho de que los estudios que han comparado los comportamientos sexuales de víctimas con los de muestras normativas o psiquiátricas de menores han constatado una mayor frecuencia de problemas de conducta sexual entre los que han sufrido abusos (Hébert et al., 2006; Friedrich et al. 2001; Paolucci, Genuis y Violato, 2001). Kendall-Tackett et al. (1993), además, en una revisión de más de cuarenta y cinco estudios, concluyeron que el aumento de la conducta sexualizada es, junto el estrés postraumático, la sintomatología más característica del abuso sexual infantil, siendo especialmente frecuente su manifestación en forma de juegos sexuales con muñecos, introducción de objetos dentro de la vagina o el ano, masturbación excesiva o en público, conductas seductoras y conocimientos o comportamientos sexuales impropios de la edad del menor.

Partiendo de estos planteamientos y evidencias (no exentos de polémica, como se discute en la Ficha 1), algunos autores han elaborado listados de conductas sexuales infantiles que pueden ser indicativas de un abuso. En general, estos autores han tenido en cuenta los conocimientos existentes en materia de desarrollo sexual infantil normativo (ver Ficha 2), y por ende, las variaciones más comunes que se observan en el tipo y frecuencia de conductas sexuales con la edad. Según O'Donohue y Geer (1992), por ejemplo, la masturbación excesiva, la conducta seductora, los conocimientos o comportamientos sexuales impropios y el juego sexual persistente sugieren experiencias previas de victimización sexual cuando se realizan antes de la pubertad. De manera similar, el Observatorio de Infancia (2006) considera que los conocimientos sexuales no adecuados para la edad, las conductas provocativas o seductoras, los juegos de carácter sexual inusuales para la edad y la masturbación compulsiva o en público son indicadores de un posible abuso sexual susceptibles de ser notificados.

Quizás, la propuesta elaborada por el NCCAN (Faller, 1993, 2003) merece ser destacada por su mayor grado de claridad y especificidad. En concreto, este organismo cita como posibles indicios de abuso sexual antes de los 10 años (aludiendo únicamente a la prostitución y la promiscuidad en el caso de las niñas que superan esta edad):

- ✓ La *masturbación excesiva*. Dado que esta conducta se asocia de forma inespecífica con la vivencia de abusos, el NCCAN sólo aconseja estar alerta ante la masturbación que es obsesiva o compulsiva, produce daño físico, supone la introducción de objetos, se realiza varias veces al día o busca paliar sentimientos de vulnerabilidad o enfado.
- ✓ La *conducta sexual precoz o impropia de la edad*. Fuera de un contexto abusivo (p.e. en los “mass media”), los niños tienen más posibilidad de observar caricias o actos coitales que otras conductas sexuales menos comunes o aceptadas, como el sexo oral o el coito anal. Es por ello que la implicación en estas últimas se asocia con más probabilidad a la vivencia anterior de un abuso, reflejando la sobre-estimulación sexual que produce este tipo de experiencia temprana.
- ✓ La *agresividad sexual con otros niños*, generalmente de menos edad o desarrollo. Aunque puede tener diversos orígenes, el comportamiento sexual agresivo suele estar más relacionado que los dos anteriores con la vivencia previa de abusos sexuales, especialmente cuando se trata de niños varones, y se explica por la identificación de la víctima con su agresor, o el intento de recuperar la sensación de control o poder perdidos en la experiencia de abuso.
- ✓ El *conocimiento sexual precoz o impropio de la edad*. Aunque es sabido que los niños pueden adquirir conocimientos sexuales por vías distintas a la participación en actos abusivos, sobre todo cuando tienen más edad (p.ej. a través de la educación sexual o la observación de comportamientos o conocimientos sexuales en su grupo de iguales), es improbable que dichas experiencias educativas o relacionales les lleve a conocer con detalle qué sensaciones físicas producen o cómo se realizan ciertos tipos de conducta o respuesta sexual como el sexo oral, la penetración digital, el coito anal, la eyaculación, etc. Este tipo de conocimientos “avanzados” o demasiado precoces para la edad constituyen, por lo tanto, uno de los indicadores más fiables de abuso y suele manifestarse a través de comentarios hechos “sin querer” o dibujos sexuales de carácter explícito (como por ejemplo, la representación de una escena de felación).
- ✓ La *conducta seductora*. A través de gestos, sonidos, o invitaciones sexuales explícitas, las víctimas pueden comportarse de forma provocativa o seductora con otros menores o adultos. Este tipo de conducta es más indicativa de abusos en el caso de niños pequeños, dado que es más improbable que éstos puedan percatarse de que hacen algo inapropiado y por ende, inhiban las pautas de seducción aprendidas a través de la relación abusiva.

En resumen, los indicadores sexuales del abuso sexual infantil más frecuentemente citados en la literatura son: la conducta sexual precoz o impropia de la edad, la agresividad en los juegos sexuales con otros niños, la masturbación infantil realizada con excesiva frecuencia o de forma compulsiva, la preocupación u obsesión por el sexo manifestada

a través de preguntas y comentarios, la conducta seductora o provocativa, el uso de un lenguaje sexual soez u obsceno, el exhibicionismo recurrente de los genitales, el conocimiento sexual precoz o impropio de la edad, y el juego sexual persistente.

Finalmente, desde un punto etiológico, cabe citar en este apartado el conocido Modelo de la Dinámica Traumatógena de Finkelhor y Browne (1985), por clasificar las secuelas afectivas, sexuales y comportamentales del abuso sexual infantil en cuatro grupos:

- ✓ Sexualización traumática. La experiencia abusiva provocaría una alteración en el desarrollo sexual del menor, que se manifestaría a través de síntomas sexuales muy diversos tales como una concepción errónea de la sexualidad y de la moral sexual, la instrumentalización de las conductas sexuales para obtener beneficios o manipular a otros, problemas de identidad sexual, promiscuidad, obsesión por el sexo, fobia sexual, coerción sexual, etc.
- ✓ Pérdida de confianza. El menor siente que se ha traicionado la confianza depositada en las personas que debían protegerle. Se dan sentimientos de rabia, evitación de vínculos profundos con otras personas, comportamientos furiosos e impulsivos, manipulación de los demás, etc.
- ✓ Sentimientos de estigmatización. El menor tiene sentimientos de culpa y vergüenza, al creerse responsable del abuso y de las consecuencias de la revelación. Estos sentimientos y pensamientos dañan su autoestima y son también atribuidos a los demás, por lo que se siente rechazado y marcado por su experiencia abusiva. Pueden darse conductas autodestructivas (abuso de drogas y alcohol, automutilación, intentos suicidas...).
- ✓ Sentimientos de indefensión, es decir, de pérdida o ausencia de control sobre el medio (locus de control externo) por la imposibilidad de frenar el abuso. Se manifiesta a través de una actitud de temor, retraimiento social y pasividad, sensación de desamparo, etc.

### **Indicadores de un posible problema de conducta sexual infantil**

A menudo, los padres buscan la guía y consejo de los/as psicólogos/as para resolver sus dudas e inquietudes en relación con la sexualidad infantil y averiguar si ciertas conductas sexuales que observan en sus hijos se sitúan dentro de los límites de la "normalidad", o por el contrario, deben generar preocupación por su carácter problemático (Haugard, 1996). Las recomendaciones y valoraciones dadas en respuesta a estas consultas, por lo tanto, pueden determinar en buena medida la reacción de los padres ante la conducta sexual de sus hijos; por ejemplo, si tales valoraciones no están fundamentadas y etiquetan erróneamente una conducta como problemática o "desviada", pueden fomentar una respuesta desmesurada.

En general, la conducta sexual infantil saludable ha sido definida como aquella que tiene lugar de forma espontánea y voluntaria entre niños de similar edad, pudiendo provocar placer, diversión, vergüenza y un grado variable de inhibición o desinhibición (Araji, 1997; Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper, y Beilke, 1991), mientras que la conducta sexual problemática ha sido entendida como aquella que excede la conducta sexual exploratoria y mutua que se observa comúnmente en los niños, y se aleja del rango de posibles conductas sexuales propias del desarrollo sexual normativo (Friedrich y Luecke, 1988; Johnson, 1988).

Desde un enfoque menos ambiguo o general, Pithers, Gray, Cunningham y Lane (1993) y Johnson (2002) han elaborado sendos listados de preguntas que son clave en la valoración de las conductas sexuales infantiles, y que principalmente se refieren a:

- ✓ La edad y el nivel de desarrollo de los implicados: ¿participan en la conducta sexual menores de diferentes edades o grado de madurez?.
- ✓ La presencia de coerción o daño: ¿los actos sexuales suponen intimidación, engaño o fuerza?, ¿producen quejas?, ¿son consentidas?.
- ✓ La conducta sexual realizada: ¿la conducta es propia de la fase de desarrollo sexual en la que se encuentra el menor?, ¿se asemeja a la actividad sexual más típica de los adultos?.
- ✓ La capacidad de autocontrol del menor: ¿el menor puede detener la conducta si se le pide?, ¿muestra obsesión o compulsión?.

Coincidiendo en gran medida con esta propuesta, Sgroi, Bunk y Wabrek (1988) y Araji (1997) han propuesto tener en cuenta tres grandes dimensiones a la hora de identificar las conductas que pueden ser consideradas problemáticas o abusivas:

- ✓ La relación víctima-agresor, controlando la existencia de alguna forma de asimetría (edad, estatus, tamaño, poder, madurez, etc.) entre el menor y la otra persona.

- ✓ El *tipo de actividad sexual*, atendiendo a conductas similares a la actividad sexual adulta (sexo oral, anal o vaginal) o impropias del desarrollo sexual normativo.
- ✓ La *afectividad* del menor, vigilando posibles emociones negativas intensas (p.ej. vergüenza, culpa, ira, miedo, ansiedad, hostilidad, asco, etc.) en respuesta a la conducta.

Por otro lado, algunos autores han formulado propuestas más específicas. Johnson (2002), por ejemplo, a partir de su práctica clínica con menores, aconseja a los padres y profesionales estar alerta ante la posibilidad de que un niño participe en juegos sexuales con otros mucho más mayores o pequeños que él; instrumentalice el sexo como forma de herir a otros; utilice el soborno, la amenaza o la fuerza para implicar a otros en juegos sexuales; participe en conductas coitales o de sexo oral; intente implicar a niños desconocidos, adolescentes, adultos o animales en actos sexuales; sexualice las relaciones afectivas; muestre interés desmesurado por el sexo e no sea capaz de parar una conducta sexual si se le ordena (ver Tabla 2).

Asimismo, varios grupos de terapeutas y expertos en sexualidad infantil y abusos sexuales han clasificado las diversas conductas sexuales de los niños en tres categorías, según su adecuación o disfuncionalidad (Wardle y Moore-Kneas, 1995):

I. *Conductas propias del desarrollo*. Esta categoría incluye conductas que, según estos autores, deben considerarse saludables siempre y cuando no se realicen con mucha frecuencia: besos y abrazos afectivos, masturbación, exploración y curiosidad sexual (exhibición de los genitales o el cuerpo a otros, observación del cuerpo de otros niños, tocamientos, etc.), interés en las diferencias anatómicas y la reproducción, uso de terminología sexual que el niño escucha, etc.

III. *Conductas que sugieren un desarrollo disfuncional*. Esta categoría engloba conductas que deberían generar preocupación por el daño o malestar que pueden producir en el niño y/o otros menores, y su posible relación con la vivencia de abusos: el contacto oral-genital; el intento, la simulación o la realización del coito sin ropa; la penetración digital o con un objeto de la vagina o ano de un/a niño/a; la participación en actos sexuales dañinos o intrusivos, etc.

II. *Conductas que no pueden situarse en las categorías I o III*. Esta categoría intermedia o miscelánea incluye todas las conductas sobre las que el grupo de expertos no ha logrado alcanzar un acuerdo o sobre las que desconocen datos normativos que permitirían situarlas, con mayor certeza, en una de las otras dos categorías.

### ¿Qué hacer si un menor nos revela un abuso?

En general, se recomienda a cualquier persona –profesional o no– que escuche a un niño/a o adolescente describir situaciones que sugieran abusos sexuales hacer lo siguiente (FAPMI, 2011; Fundación Mujeres, 2003; Intebi, 2007):

- ✓ Hablar con el menor en privado, en un lugar tranquilo y confortable, cerca de él,
- ✓ Escuchar con calma y atención todo lo que cuente, sin rellenar silencios, y sin obligar a que muestre sus lesiones o comente sus sentimientos,
- ✓ Mostrar serenidad, empatía, disgusto contenido, evitando palabras o preguntas que puedan alterar al menor (*¿Qué sentiste? ¿Por qué no buscaste ayuda? ¿Por qué no lo has contado antes?*),
- ✓ Tratarle de forma cariñosa, con dignidad y respeto,
- ✓ Creerle y tranquilizarle asegurando que confías en él,
- ✓ Averiguar si actualmente está fuera del alcance del abusador,
- ✓ Hacer que se sienta orgulloso de haberlo comunicado,
- ✓ Decirle que es normal que tenga miedo y esté preocupado,
- ✓ Destacar que no es culpable del abuso,
- ✓ Contestar todas sus preguntas con sencillez y sinceridad,
- ✓ Decirle que tendrás que informar del abuso y que actuarás con mucho cuidado,
- ✓ Decirle que buscarás la ayuda necesaria para que no vuelva a suceder, evitando promesas que no puedas cumplir,

CONDUCTA SEXUAL SALUDABLE	CONDUCTA SEXUAL PROBLEMÁTICA
Es espontánea y curiosa	Es repetitiva y obsesiva
Se produce de forma ocasional	Se produce con mucha frecuencia
Implica a otros/as niños/as de mutuo acuerdo	Implica a niños/as desconocidos o les causa daño
Implica a otro/as niños/as de similar edad, tamaño y nivel de desarrollo	Implica a otros/as niños/as de diferente edad, tamaño o nivel de desarrollo
No se acompaña de miedo, ansiedad o ira	Es agresiva, coercitiva
El niño es capaz de controlarla o pararla	El niño no es capaz de controlarla o pararla
Fuente: National Center on Sexual Behavior of Youth (2004)	

- ✓ Decirle que va a estar protegido, manifestar confianza en que todo irá bien,
- ✓ Notificar la situación a la familia, Servicios Sociales, etc. (ver apartado siguiente).

## NOTIFICACIÓN

### ¿Qué significa notificar?

Notificar es transmitir información sobre el *supuesto* caso de riesgo o maltrato infantil, su familia y el propio informante (Observatorio de la Infancia, 2008). No significa denunciar al posible abusador, tarea que corresponde al fiscal o representante legal del menor.

Nótese que la palabra “supuesto” aparece resaltada en el texto para que el lector tenga claro que no es necesario tener la certeza de que se ha producido un abuso sexual para que sea pertinente (y obligado, como se verá después) realizar la notificación. Basta, al contrario, con tener sospechas de una situación de riesgo o maltrato para el menor. La responsabilidad de verificar la presencia de un posible caso de abuso no corresponde a la persona que notifica sino a los Servicios Sociales competentes en la materia (FAPMI, 2011), es decir, a los equipos especializados que asumirán la labor posterior de evaluación, tratamiento y seguimiento del caso. En otras palabras, lo único que se pide al profesional (en este caso, al psicólogo/a) o ciudadano/a es que detecte indicios razonables para sospechar e informe lo más precozmente posible de ellos (Observatorio de la Infancia, 2006).

### ¿Por qué es importante?

La notificación es otra “condición necesaria para posibilitar la intervención” con el menor que ha sufrido abusos (Observatorio de la Infancia, 2008, p.13), es decir, un requisito indispensable –junto con la detección– para dar la atención precisa a las víctimas y a sus familias (Díaz y Ruiz, 2005; Goldman et al., 2003). Cuando una persona detecta una situación susceptible de constituir un abuso, es fundamental que ésta, en un segundo paso, actúe en defensa del menor informando a las autoridades competentes. De nada sirve reconocer o identificar un posible caso de abuso sexual infantil si éste no se pone en conocimiento de quienes pueden y saben dar una respuesta adecuada a dicho caso.

La notificación de posibles casos de abuso o maltrato de menores constituye, además, “una obligación legal y profesional” (Observatorio de la Infancia, 2008, p.13). En España, la Ley Protección Jurídica del Menor (1/1996) establece concretamente que “toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise” (Art. 13). Asimismo, la Ley de Enjuiciamiento Criminal dice que “los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal Competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante” (Art. 262).

Hay que tener en cuenta, por otro lado, que el deber de la discreción que todo/a psicólogo/a tiene con su paciente no constituye un valor absoluto o inquebrantable (Echeburúa, 2002). Tal como apunta Echeburúa, la vulneración del secreto profesional es un delito salvo en los casos del deber de denuncia de hechos delictivos y en la declaración como testigo o perito en un procedimiento judicial (art. 199.2 del Código Penal). Es más, se considera delito que una persona no ponga en conocimiento de la autoridad la comisión de un delito actual o próximo (no pasado) contra la vida, la integridad, la salud, la libertad o la libertad sexual (art. 450 del Código Penal). Incluso el Código Deontológico del Psicólogo establece que “todo/a Psicólogo/a deber informar, al menos a los organismos colegiales, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos (...) de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión” (art. 8).

### ¿Cómo se notifica y a quién?

La notificación de un posible caso de abuso sexual infantil puede realizarse de diferentes formas: mediante informe escrito (la manera más idónea), en persona, por teléfono, etc. Generalmente, los Servicios Sociales solicitan a los informantes sus datos personales (nombre, dirección, teléfono, etc.). Hay que tener presente, no obstante, que dichos datos no pasan a ser de dominio público y por ende, accesibles al supuesto abusador, sino que únicamente están a disposición de los dispositivos que necesitan conocerlos (FAPMI, 2011). Es más, los Servicios Sociales están obligados a investigar todas las notificaciones que reciben, incluso cuando éstas son anónimas (porque el informante se niega a identificarse) y hay dudas sobre la credibilidad de la información aportada en la notificación (Arruabarrena, 2009).

Todas las Comunidades Autónomas disponen de Hojas de Notificación específicas para el contexto profesional al

que pertenece la persona que notifica: sanitario, educativo, policial, servicios sociales, etc. En el proceso de notificación, lo habitual es que se solicite información relativa al menor (nombre, edad, datos de contacto, localización, estado en que se encuentra, indicadores de desprotección observados o conocidos, etc.), al presunto abusador (nombre, edad, datos de contacto, tipo de relación con el menor, acceso al menor, etc.), a la familia (nombre y datos de contacto de los padres, conocimiento de la realización de la notificación, características incapacitantes o peligrosas, hermanos u otros miembros que puedan sufrir maltrato, etc.) y a la persona que notifica (nombre, datos de contacto, tipo de relación con el niño y/o su familia, ámbito profesional, disponibilidad para cooperar en la investigación, forma en la que ha conocido la situación –personalmente o a través de otros–, motivación para realizar la notificación, etc.) (FAPMI, 2011)

En los procesos ordinarios de notificación se aconseja a los profesionales y a la población general dirigirse a los Servicios Sociales de Atención Primaria (municipales), puesto que están capacitados para valorar los niveles de gravedad y riesgo de la situación notificada y decidir si deben asumir la intervención o derivar el caso al Servicio Especializado de menores. Los procesos urgentes de notificación, por su parte, deben llevarse a cabo sólo “cuando existe la sospecha o certeza razonable de que la salud y/o seguridad básica del menor se encuentran o pudieran encontrarse seria y directamente amenazada y no hay figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo del menor” (Observatorio de la Infancia, 2008, p. 14). En dichos casos, además de prestar al menor la ayuda que precise en ese momento (si resulta posible), hay que dirigir la notificación de forma inmediata al Servicio Especializado de Menores, a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (Servicio de Atención a las Familias de la Policía Nacional; Equipo de Atención a la Mujer y el Menor de la Guardia Civil) o al Juez de Guardia.

## REFERENCIAS

- Araji, S. K. (1997). *Sexually aggressive children: coming to understand them*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Arruabarrena, M. I. (1996). Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil. En J. De Paúl, y M. I. Arruabarrena (Eds.) *Manual de Protección Infantil* (pp. 143-179). Barcelona: Masson.
- Arruabarrena, M. I. (2009). Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 30(1), 13-23.
- Briere, J.N. y Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse and Neglect*, 12, 51-59.
- Conte, J. R. (1992). Has this child been sexually abused? Dilemmas for the mental health professional who seeks the answer. *Criminal Justice and Behavior*, 19 (1), 54-73.
- Díaz, J. A. y Ruiz, M. A. (2005) *Abuso sexual infantil en España. Aproximación cualitativa y cuantitativa. Protocolos de notificación*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Echeburúa, E. (2002). El secreto profesional en la práctica de la psicología clínica y forense: alcance y límites de la confidencialidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(120), 485- 501.
- Echueburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1997). Evaluación del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales y de maltrato doméstico. En M.I. Hombrados (Ed.). *Estrés y salud* (pp. 495-521). Valencia. Promolibro.
- Edwards, J. y Alexander, P. (1992). The contribution of family background to the long-term adjustment of women sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 306-320.
- Faller, K.C. (1993). *Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues*. Mc Lean, VA: The Circle, Inc. & US Department of Health and Human Services.
- Faller, K. C. (2003). *Understanding and assessing child sexual maltreatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil - FAPMI (2011). Detección y notificación de casos de maltrato infantil: guía para la ciudadanía. Colección Publicaciones para la Defensa de la Infancia y la Adolescencia, nº 4.
- Finkelhor, D. (1979a). What's wrong with sex between adults and children?. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 692-697.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. Free Press, New York.
- Finkelhor, D (1994a). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Sexual Abuse of Children The Future of Children*, 4(2), 31- 69.

- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. y Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics* 88(3), 456-464.
- Friedrich, W. N. y Luecke, W. J. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(2), 155-164.
- 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.
- Fromuth, M. y Burkhart, B. (1989). Long-term psychological correlates of childhood sexual abuse in two samples of college men. *Child Abuse and Neglect*, 13, 533-542
- Fundación Mujeres, Instituto de la Mujer y CIDE (2003). *Créeme y Páralo. Guía de sugerencias para apoyar a menores que han sufrido abuso sexual*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ministerio de Educación y Ciencia.
- Glaser, D. y Frosh, S. (1997). *Abuso sexual de niños*. (Trad., A.R. Padilla). Argentina: Paidós. (Original publicado en 1988).
- Goldman, J., Salus, M.K., Wolcott, D. y Kennedy, K.Y. (2003). *A coordinated response to child abuse and neglect: The foundation for practice*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Graupner, H. (2004). Sexual consent: The criminal law in Europe and outside of Europe. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 16(2-3), 11-171.
- Haugaard, J. J. (1996). Sexual behaviors between children: Professionals' opinions and undergraduates' recollections. *Families in Society*, 7 (2), 81-89.
- Haugaard, J. J. y Emery, R. (1989). Methodological issues in child sexual abuse research. *Child Abuse and Neglect*, 13, 89-100.
- Higgins, D. y McCabe, M. (1994). The relationship of child sexual abuse and family violence to adult adjustment: Toward an integrated risk-sequelae model. *Journal of Sex Research*, 31, 255-266.
- Intebi, I. (2007). *Valoración de sospechas de abuso sexual infantil*. Colección de Documentos Técnicos. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria.
- Jenkins (2003). Watching the Research Pendulum. En J. Bancroft (Ed.) *Sexual Development in Childhood* (pp. 3-19). Bloomington: Indiana University Press.
- Kendall-Tackett, K., 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.
- Johnson, T. C. (1988). Child perpetrators – Children who molest other children: Preliminary findings, *Child Abuse and Neglect*, 12, 219-229.
- Johnson, T. C. (2002). *Understanding children's sexual behaviors: What's natural and healthy*. South Pasadena CA: Autor.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J. y Shuman, D. W. (2005). Disclosure of child sexual abuse. What Does the Research Tell Us About the Ways That Children Tell?. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194-226.
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- López, F., Fuertes, A., Zapiain, J., Carpintero, E., Hernández, A., y Martín, M. J. (1994). *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales
- López, F., López, B., Fuertes, J., Sánchez, J. M., y Merino, J. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil (2). Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. SAS.
- Muehlenhard, C. L., Highby, B. J., Lee, R. S., Bryan, T. S. y Dodrill, W. A. (1998). The sexual revictimization of women and men sexually abused as children: A review of the literature. *Annual Review of Sex Research*, 9, 1-47.
- National Center on Child Abuse and Neglect ó NCCAN (1978). *Child sexual abuse: Incest, Assault, and Sexual Exploitation*. (Informe número 79- 30166). US Department of Health, Education and Welfare. Washington, DC: DHEW.
- National Center on Sexual Behavior of Youth (2004). *Sexual development and sexual behaviour problems in children ages 2-12*. Fact sheet. Accesible en: <http://www.digitalprairie.ok.gov/cdm/singleitem/collection/stgovpub/id/10127/rec/25>
- O'Donohue, W. (1992). Definitional and ethical issues in child sexual abuse. En W. O'Donohue y J. H. Geer (Eds.). (1992). *The sexual abuse of children: Theory and research. Vol.I*. (pp 14-37). Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey.

- Observatorio de Infancia (2006). *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Observatorio de la Infancia (2008). *Protocolo básico de actuación contra el maltrato infantil*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OMS (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Acta de Reunión. Guatemala: Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología y Organización Panamericana de la Salud.
- OMS (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y la Desatención de los Niños
- Pereda, N. (2009) Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30, 3- 13.
- Pereda, N. (2010a). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12(46), 273-285
- Pereda N. (2010b). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31, 143-153
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse and Neglect*, 33(6), 331-342.
- Pithers, W. D., Gray, A. S., Cunningham, C. y Lane, S. (1993). *From Trauma to Understanding: A Guide for Parents of Children with Sexual Behaviour Problems*, Safer Society Press.
- Rind, B., Tromovitch, P. y Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124(1), 22-53
- Scheter, M. y Roberge, L. (1976) Sexual explotación. En R. E. Helfer y C. H. Kempe (Eds.) *Child abuse and neglect. The family and the community* (pp.127-142). Cambridge MA: Ballinger
- Siegel, J. M., Sorenson, S. B., Golding, J. M., Burnam, M. A. y Stein, J. A. (1987). The prevalence of childhood sexual assault: The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Project. *American Journal of Epidemiology*, 126, 1141-1153.
- Sgroi, S. M., Bunk, B. S. y Wabrek, C. J. (1988). "Children's sexual behaviours and their relationship to sexual abuse". En S. M. Sgroi (Ed.) *Vulnerable populations and treatment of sexually abused children and adult survivors, vol.1* (pp 1 – 24) Lexington, MA: Lexington Books.
- 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 (1),151-170
- Trocmé, N. y Bala, N. (2005). False allegations of abuse and neglect when parents separate. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1333–1345.
- Wardle, F., y Moore-Kneas, K. (1995) (Eds.). *Child-to-child sexual behavior in child care settings*. Informe final del symposium celebrado en Denver (Colorado). (ERIC–Document Reproduction Service, No. ED 381 258).
- Wurtele, S. K. y Miller-Perrin, C. L. (1992). *Preventing Child Sexual Abuse. Sharing the responsibility*. London: University of Nebraska Press.

# Ficha 1.

## Dificultades asociadas a la detección y notificación de abusos

En España todavía no existen datos fiables sobre el número de situaciones de abuso sexual infantil que llegan a conocimiento de los profesionales que trabajan en contacto con menores, ni sobre aquellas que terminan siendo comunicadas a las autoridades. No obstante, algunas estimaciones sugieren que los casos detectados de maltrato infantil representan sólo una tercera parte del total existente, y que la mayoría de casos conocidos, por diversos motivos, no llegan a ser notificados a los servicios que pueden dar una respuesta adecuada a los mismos (López, López, Fuertes, Sánchez, y Merino, 1995). En resumen, no se identifican todos los casos que se cometen, ni se notifican todos los casos que se identifican (Arruabarrena, 2009).

Este mal comportamiento en la detección y notificación de abusos sexuales, según diversos estudios, parece deberse a la acción de diversos factores.

En primer lugar, los abusos tienen lugar en el ámbito privado o intrafamiliar, sin testigos (Arruabarrena, 2009). Esta dificultad para presenciarlos de forma directa, además, hace que la detección dependa de la observación de unos indicadores (Díaz y Ruiz, 2005) que no siempre son evidentes y específicos, como se argumenta más adelante (Arruabarrena, 2009).

En segundo lugar, la vaguedad del concepto de abuso sexual infantil y la falta de consenso en su definición (por los motivos que luego se citan) dificultan que los profesionales detecten abusos sexuales y se entiendan claramente entre ellos (Guillén, Alemán, Arias, De Lucas, Pérez, 2002; López, 1995). Unas dificultades que, según diversos estudios, pueden atribuirse también al insuficiente nivel de conocimiento del que suelen disponer en materia de sexualidad infantil y abusos sexuales: concepto, indicadores, desarrollo sexual normativo, etc. (Prieto, 2004).

Asimismo, otro factor que dificulta a los profesionales la adecuada detección y notificación de casos de abuso es la presencia de falsas creencias y mitos sociales; algunos profesionales pueden cuestionar la veracidad de los hechos que comunica el menor por considerarlos fantasías o mentiras; pensar que los abusos sexuales casi siempre implican violencia física; que algunos menores son responsables del abuso por incitar al adulto; que los profesionales que notifiquen un abuso pueden ser demandados por la familia si el caso no es admitido a trámite por los juzgados; que es necesario disponer de evidencias físicas para poder denunciar, etc.

Otro hecho que parece afectar es que los Servicios Sociales generales y específicos suelen ser poco conocidos (Guillén et al., 2002), si bien es cierto que, aún conociendo estos servicios y los procedimientos necesarios para una notificación, algunos profesionales con una inadecuada percepción de su deber cívico y legal consideran que esta tarea no les corresponde (Kenny, 2004). Al valorar la pertinencia de una notificación, además, los profesionales pueden verse afectados por la atribución de costes negativos tales como la pérdida de tiempo, clientes, de dinero y de reputación que puede suponer su implicación en un proceso judicial (López, 1995). En el ámbito de la salud mental, por ejemplo, los profesionales suelen tener en cuenta la posibilidad de que la notificación de un caso de abuso sexual desestabilice la relación con su cliente o afecte a la terapia (Zellman, 1990). Más allá de estos riesgos personales, no obstante, algunos profesionales que también parecen tener en cuenta los posibles costes para el menor, su familia o el agresor, mostrando especial preocupación por la dureza del proceso judicial (interrogatorios, pérdida de anonimato, demora en el juicio, etc.). Los hay que, incluso, consideran que los servicios de protección a la infancia sólo deben intervenir cuando ello suponga un claro beneficio para el menor (Vulliamy y Sullivan, 2000).

Finalmente, otro de los motivos que disuaden a los profesionales de efectuar una denuncia (Beck et al., 1994) es su falta de confianza en la labor que realizan los servicios de protección a la infancia, muchas veces generalizada al funcionamiento del sistema judicial, con atribuciones negativas del tipo “no se podrá probar”, “no harán nada al agresor”, etc. (López, 1995).



## PROBLEMAS EN LA DEFINICIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Tradicionalmente, el concepto de abuso sexual infantil ha sido objeto de mucha controversia (Finkelhor y Redfield, 1984; Haugaard y Reppucci, 1988). Por este motivo, y pese a los esfuerzos realizados, aún carecemos de una definición suficientemente precisa y consensuada por la comunidad científica y profesional (López, 1995; Feerick y Snow, 2006; González, 2009); las definiciones existentes, de hecho, discrepan a la hora de responder cuestiones (Glaser y Frosh, 1997) tales como ¿cuánta asimetría de edad debe existir para poder hablar de abuso?, ¿debe aplicarse el mismo criterio con independencia de la edad del menor?, ¿hasta dónde debe llegar la minoría de edad en cuestiones sexuales?, ¿a qué edad un menor tiene capacidad suficiente para consentir su implicación en actos sexuales con otros menores o personas adultas?, ¿qué tipo de conductas sexuales pueden suponer un hecho de abuso sexual?.

Efectivamente, los puntos de desacuerdo entre autores son muchos, pero ¿cuáles son los motivos por los que no han conseguido todavía elaborar una definición común? Según O'Donohue (1992) y Haugaard (2000), este problema se explica en parte por la dificultad para delimitar los tres elementos que forman parte del concepto: el abusador, el abusado, y la conducta abusiva (López y González, 2007). Asimismo, otros obstáculos que parecen estar frenando la consecución de una definición más precisa y consensuada son los siguientes:

- ✓ El concepto de abuso sexual es cambiante, dado que se trata de construcción social muy ligada a los valores y normas del contexto histórico y cultural concreto en que se formula (López, 1995; OMS, 2000). La interpretación de los tres elementos que lo delimitan (“infancia”, “sexual” y “abuso”), de hecho, está sujeta a variaciones transculturales (Davenport, 1992), lo que conlleva que una misma conducta sexual infantil pueda generar significados diversos, o incluso opuestos, dependiendo del país o la cultura en que tenga lugar (Korbin, 1991).
- ✓ Las actitudes y creencias personales contaminan la investigación y la práctica profesional, promoviendo puntos de vista muy diferentes en el estudio y tratamiento de los abusos. Según un estudio de González (2009), por ejemplo, los profesionales con actitudes erotofóbicas hacia la sexualidad y la actividad sexual infantil sospechan con más frecuencia que los profesionales “erotofílicos” que un niño que realiza ciertas conductas sexuales ha podido sufrir abusos.
- ✓ El término “abuso” tiene distintas connotaciones. Otro obstáculo muy ligado al anterior es la confusión existente entre dos acepciones no equivalentes del término “abuso”: la comisión de daño físico, psíquico, etc. sobre un menor (Rind et al., 1998) o el “uso inapropiado” del menor (O'Donohue y Geer, 1992). El concepto social de abuso, por ejemplo, puede entrar en conflicto con la experiencia subjetiva de la víctima, dado que no todos los menores experimentan los mismos actos como dañinos (Glaser y Frosh, 1997; López et al., 1994). En otras palabras, las conductas que algunos pueden considerar “no abusivas” por la ausencia de perjuicios para el menor, para otros pueden ser “evidentes abusos” (Haugaard, 2006; Lameiras, Carrera y Failde, 2008) por la asunción de diversos criterios morales, sociales, penales, etc.

Sea como fuere, y a pesar de las dificultades señaladas, numerosos autores e instituciones (Alonso, 1995; Feerick y Snow, 2006; González, 2009; López et al., 1994; *National Research Council*, 1993) consideran urgente y necesario disponer de una definición más precisa y clara que sea suficientemente operativa y admitida por la comunidad científica y profesional.

## PROBLEMAS EN LA UTILIZACIÓN DE INDICADORES SEXUALES DE ABUSO

Como ya se comenta en el Documento Base, diversos estudios han observado tasas más elevadas de problemas de conducta sexual en muestras de niños víctimas de abusos sexuales que en grupos de niños no abusados. Algunos autores, no obstante, consideran imprudente concluir que la conducta sexual infantil es útil para identificar a víctimas de abusos (Drach, Wientzen y Ricci, 2001; Ricci, Drach y Wientzen, 2005), en base a los siguientes argumentos:

- ✓ La metodología empleada para la medición de problemas de conducta sexual y el diagnóstico de abusos sexuales se basa en un razonamiento tautológico. Es decir, los investigadores utilizan los problemas de conducta sexual infantil como criterio de inclusión en las muestras de víctimas de abusos sexuales, y por ende, estas dos variables muestran una asociación artificial.
- ✓ Los problemas de conducta sexual infantil pueden responder a múltiples causas distintas al abuso, como el divorcio de los padres, la violencia familiar, el maltrato físico, las transiciones vitales, la exposición a material sexual explícito, etc. (Friedrich, 2000). En un estudio de Bonner, Walker y Berliner (1999), de hecho, menos de la mitad de los niños/as con problemas de conducta sexual presentaron un historial de abusos sexuales.
- ✓ No todos los/as niños/as sexualmente abusados tienen problemas de conducta sexual. Algunos estudios han detec-

tado un grupo asintomático de víctimas de abuso sexual (Kendall-Tacket et al., 1993) –alrededor de un tercio-. Además, cualquier conducta sexual infantil puede estar presente en niños que no han sufrido abusos sexuales (Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper, y Beilke, 1991).

Por lo tanto, la gran variabilidad y frecuencia de conductas sexuales que pueden observarse en los/as niños/as, sean o no víctimas de abusos sexuales, impide atribuir inequívocamente los problemas de conducta sexual a este tipo de experiencia negativa. La ausencia de síntomas vinculados de forma directa y exclusiva a los abusos desaconseja, además, toda deducción basada únicamente en la valoración de indicadores sexuales (López, 1995), ya que ello aumenta la probabilidad de identificar falsos positivos y falsos negativos (O'Donohue y Geer, 1992): *la ausencia de indicios sexuales no permite descartar la existencia de un abuso, ni su mera presencia, asegurarla* (Faller, 1993). En otras palabras, aquellos profesionales que hagan uso diagnóstico de los indicadores sexuales pueden cometer errores, ya que las conductas sexuales problemáticas pueden ser realizadas por menores que no sufren abusos, y los menores que no presentan problemas de conducta sexual pueden ser víctimas de abusos.

En definitiva, resulta difícil establecer indicadores sexuales de abuso que sean funcionales y, a la vez, no generen sospechas injustificadas. Algunos de los indicadores propuestos, además, dejan mucho espacio a la interpretación subjetiva. ¿Qué debemos entender por conducta “excesiva”, “prematura” o “impropia”?

En vista de estas limitaciones, según López (1995), lo importante es plantearse la posibilidad de que algunas conductas sexuales infantiles pueden indicar un abuso, descartar otras posibles explicaciones más razonables de su presencia, e investigar con profundidad los casos que generen una mayor sospecha, evitando extraer conclusiones precipitadas o insuficientemente contrastadas. Y es que, en última instancia, interpretar ciertas conductas supuestamente “impropias de la edad” o “excesivamente frecuentes” como claros indicios de abuso puede promover la persecución de la sexualidad infantil.

**En resumen**, la detección y notificación de posibles casos de abuso sexual es un deber cívico, moral y legal para los/as psicólogos/as y otros profesionales que se ve afectada por múltiples dificultades. Y esto constituye sin duda un serio problema, puesto que el desconocimiento, el miedo, la duda, la ocultación, la banalización, el catastrofismo, el secreto profesional, etc. pueden llevar a los profesionales a permanecer impasibles ante víctimas de abusos sexuales y por ende, ser cómplices de una “conspiración de silencio” que contribuya a perpetuar este grave problema personal y social (Díaz, Casado, García, Ruiz, y Esteban, 2001).

## REFERENCIAS

- Alonso, J.M. (1995). Abuso sexual infantil: un reto para todos los profesionales. *Bienestar y protección infantil*, 1, 80-94.
- Arruabarrena, M. I. (2009). Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 30(1), 13-23.
- Bonner, B. L., Walker, C. E. y Berliner, L. (1999). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. Washington, DC: Administration of Children, Youth, and Families, US Department of Health and Human Services
- Davenport, W. H. (1992). Adult-child sexual relations in cross-cultural perspective. En W. ODonohue, y J. H. Geer (Eds.) *The Sexual Abuse of Children: Theory and Research. Vol. I.* (pp73-80). Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey.
- Díaz, J. A., Casado, J., García, E., Ruiz, M. A. y Esteban, J. (2001). *Atención al abuso sexual infantil*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Consejería de Servicios Sociales.
- Díaz, J. A. y Ruiz, M. A. (2005) *Abuso sexual infantil en España. Aproximación cualitativa y cuantitativa. Protocolos de notificación*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Drach, K. M., Wientzen, J. y Ricci, L. R. (2001). The diagnostic utility of sexual behavior problems in diagnosing sexual abuse in a forensic child abuse evaluation clinic. *Child Abuse and Neglect*, 25(4), 489-503.
- Faller, K.C. (1993). *Child Sexual Abuse: Intervention and Treatment Issues*. Mc Lean, VA: The Circle, Inc. & US Department of Health and Human Services.
- Faller, K. C. y Corwin, D. L. (1995). Children's interview statements and behaviors: role in identifying sexually abused children. *Child Abuse and Neglect* 19, 71-82.
- Feerick, M. M. y Snow, K. L. (2006). An examination of research in child abuse and neglect. Past practices and future directions. En M. M Feerick, J. F. Knutson, P. K. Trickett y S. M. Flanzer (Eds.) *Child abuse and neglect. Definitions,*

- classifications and a framework for research* (pp. 3-27). Baltimore, MD: Paul H. Brookers Publishing Co., Inc.
- Finkelhor, D. y Redfield, D. (1984). How the public defines sexual abuse. En D. Finkelhor (Ed.) *Child sexual abuse: New theory and research* (pp. 12-32). New York: Free Press.
- Friedrich, W. N. (2000). Children and adolescents who are sexually abusive of others, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(7), 809.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. y Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics* 88(3), 456-464.
- Glaser, D. y Frosh, S. (1997). *Abuso sexual de niños*. (Trad., A.R. Padilla). Argentina: Paidós.
- González, E. (2009). Criterios de salud sexual infantil. La visión de los profesionales y su implicación en la detección y denuncia de los abusos sexuales. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Guillén, M. E., Alemán, M. C., Arias, A., De Lucas y Murillo, F., Pérez, D. (2002). La detección de los casos de abuso sexual infantil desde los servicios sociales generales: principales dificultades y algunas sugerencias para su solución. *Alternativas: cuadernos de trabajo social*, 10, 241-251.
- Haugaard, J. J. (2000). The Challenge of Defining Child Sexual Abuse. *American Psychologist*, 55, 1036-1039
- Haugaard, J. J. (2006). Characteristics of child maltreatment definitions. The influence of professional and social values. En M. M Feerick, J. F. Knutson, P. K. Trickett y S. M. Flanzer (Eds.) *Child abuse and neglect. Definitions, classifications and a framework for research* (pp.49-65). Baltimore, MD: Paul H. Brookers Publishing Co., Inc.
- Haugaard, J. J. y Reppucci, N. D. (1988). *The sexual abuse of children: A comprehensive guide to current knowledge and intervention strategies*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kendall-Tackett, K., 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.
- Kenny, M. C. (2004). Teachers' attitudes toward and knowledge of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 28(12), 1311-1319.
- Korbin, J. E. (1991). Cross-cultural perspectives and research directions for the 21<sup>st</sup> century. *Child abuse and Neglect*, 15, 67-77.
- Larsson, I. (2000). *Child sexuality and sexual behaviour*. Informe elaborado por Swedish National Board of Health and Welfare. Artículo número 2001-123-20. (Trad. Lambert y Tudball) (Artículo original número 2000-36-001).
- Lameiras, M., Carrera, M. V. y Failde, J. M. (2008) Abusos sexuales a menores: estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. *Revista D'Estudis de la Violencia*, 6, 1-23.
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- López, F., Del Campo, A. y Guijo, V. (2002). Sexualidad prepuberal. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 15, 58-87.
- López, F., Fuertes, A., Zapiain, J., Carpintero, E., Hernández, A., y Martín, M. J. (1994). *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; Salamanca: Universidad de Salamanca, Cátedra de Psicología de la Sexualidad, D.L.
- López, F. y González, E. (2007). Abusos sexuales a menores y sexualidad infantil: una frontera por definir. *Sexología Integral*, 4 (1), 21-29.
- López, F., López, B., Fuertes, J., Sánchez, J. M., y Merino, J. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil (2). Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. SAS.
- National Research Council (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Washington D.C.: National Academies Press.
- O'Donohue, W. (1992). Definitional and ethical issues in child sexual abuse. En W. O'Donohue y J. H. Geer (Eds.). (1992). *The sexual abuse of children: Theory and research. Vol.I.* (pp 14-37). Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey.
- O'Donohue, W. y Geer, J.H. (Eds.). (1992). *The sexual abuse of children: Clinical Issues*. (Vol. II). Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, New Jersey.
- OMS (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Acta de Reunión. Guatemala: Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología y Organización Panamericana de la Salud.
- Pithers, W. D., Gray, A. S., Cunningham, C. y Lane, S. (1993). *From Trauma to Understanding: A Guide for Parents of Children with Sexual Behaviour Problems*, Safer Society Press.
- Prieto, E. (2004). El abuso sexual y otras formas de maltrato infantil. Una visión desde los centros escolares de la ciudad de Alcalá de Henares. *Pulso*, 28, 97-123.

- Ricci, L. R., Drach, K. M. y Wientzen, J. (2005). Further comment on the lack of utility of sexual behavior problems as measured by the Child Sexual Behavior Inventory in Diagnosing Sexual Abuse: a reply to Friedrich, Gully, and Trane (2004). *Child Abuse and Neglect*, 29(4), 303-306.
- Rind, B., Tromovitch, P. y Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124(1), 22-53
- Vulliamy, A. P. y Sullivan, R. (2000). Reporting child abuse: Pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse and Neglect*, 24(11), 1461-1470.
- Wardle, F., y Moore-Kneas, K. (1995) (Eds.). *Child-to-child sexual behavior in child care settings*. Informe final del symposium celebrado en Denver (Colorado). (ERIC–Document Reproduction Service, No. ED 381 258).
- Zellman, G. L. (1990). Child abuse reporting and failure to report among mandated reporters: Prevalence, incidence and reasons. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 3–22.

# Ficha 2.

## Sexualidad infantil saludable

Tradicionalmente, la sociedad occidental ha negado la existencia de la sexualidad infantil (López, Del Campo y Guijo, 2002) y considerado que toda conducta sexual en un/a niño/a es peligrosa o abusiva (Reynolds, Herbenick, y Bancroft, 2003). Asimismo, la literatura científica de las últimas décadas ha centrado su interés en el problema de los abusos sexuales, desatendiendo los aspectos positivos de la sexualidad de los/as niños/as (Haugaard, 2000).

En efecto, la sexualidad infantil normativa o saludable ha sido una cuestión frecuentemente olvidada tanto en la investigación de la sexualidad humana, como en el estudio del desarrollo infantil (Friedrich, 2003; López, Del Campo y Guijo, 2002). Los datos empíricos que tenemos disponibles hoy en día sobre esta materia son, en consecuencia, todavía escasos y proceden principalmente de EEUU, Reino Unido, Holanda y Suecia.

La Asociación Americana de Educación Sexual (*Sexuality Information and Education Council of the United States* o SIECUS, 2004) proporciona, quizás, un marco de referencia adecuado sobre las conductas sexuales que son más comunes a lo largo de la infancia (ver Tabla 1).

### PRINCIPALES MANIFESTACIONES SEXUALES INFANTILES

En general, la literatura científica que ha abordado el tema de la sexualidad infantil reconoce que las manifestaciones sexuales de los/as niños/as son amplias y diversas. No obstante, algunos autores han agrupado todo el rango de posibles expresiones en diversas categorías.

Atendiendo a las necesidades y motivaciones que subyacen a las diversas conductas, López (2005) ha propuesto un interesante marco de referencia. Según este autor, la necesidad de conocer e interpretar (o motivación de curiosidad) promueve conductas de exploración del propio cuerpo y el de otros, observación de las conductas sexuales de otros, teorías sexuales, preguntas, etc.; mientras que la necesidad de juego y aprendizaje social (motivación de imitación y juego) fomenta la imitación de modelos, conductas o actitudes, la participación en juegos sexuales, etc.; y finalmente, la necesidad de obtener placer sexual está presente en las conductas de autoestimulación como la masturbación infantil (motivación sexual).

Por su parte, Friedrich, Grambsch, Broughton, Kuiper, y Beilke (1991) han agrupado las diferentes manifestaciones sexuales infantiles que recoge su cuestionario CSBI (*Child Sexual Behavior Inventory*) en nueve categorías: límites personales (frotarse contra otras personas, tocar los pechos de la madre...); exhibicionismo (exponer deliberadamente partes del cuerpo a otros niños o adultos); conductas de rol sexual; autoestimulación; ansiedad sexual (excesiva modestia o intranquilidad en los contactos afectivos con los padres u otras personas); interés sexual (curiosidad por temas sexuales, el sexo opuesto, la actividad sexual adulta...); intrusismo sexual (conducta sexual coercitiva con otros menores), conocimiento sexual y finalmente, conducta voyeurística (intentos de visualizar a otras personas desnudas).

Hay que tener en cuenta, en cualquier caso, que la metodología empleada en el abordaje científico de la sexualidad infantil (informes retrospectivos y

**TABLA 1**  
**CONDUCTAS SEXUALES COMUNES EN LA INFANCIA (SIECUS, 2004)**

**Del nacimiento a los 2 años de edad, los niños/as pueden:**

- ✓ Explorar las partes de sus cuerpos, incluyendo sus genitales. Pueden experimentar erecciones, y la vagina de las niñas puede lubricarse.

**Los niños/as de 3 a 4 años de edad pueden:**

- ✓ Sentir cada vez más curiosidad por sus cuerpos. Pueden empezar a estimularse a sí mismos con la mano o un muñeco de peluche, lo que puede o no provocar un orgasmo.
- ✓ Sentir mucha curiosidad por las diferencias corporales y jugar voluntariamente al doctor, u otras formas de juegos sexuales con amigos/as o hermanos/as afines en edad y nivel del desarrollo sexual. Si juegan solos, pueden desvestirse para ver sus genitales.
- ✓ Expresar curiosidad sobre la forma en que los hombres y mujeres usan el inodoro, repetir "palabrotas" que escuchan y hacer preguntas sobre la sexualidad, como "¿de dónde viene?"

**Los niños/as de 5 a 8 años de edad pueden:**

- ✓ Seguir con los juegos sexuales y con la masturbación.
- ✓ Volverse muy curiosos sobre el embarazo y el nacimiento.

**Los niños/as de 9 a 12 años de edad pueden:**

- ✓ Tener más curiosidad por los cuerpos desarrollados masculinos y femeninos.
- ✓ Mirar revistas y páginas de Internet eróticas.
- ✓ Enamorarse de amigos/as, adolescentes mayores, personas famosas, maestros/as, etc.
- ✓ Usar un lenguaje sexual y explorar fantasías románticas y sexuales.
- ✓ Masturbarse para obtener un orgasmo más profundo y parecido al de los adultos.

**Los/as jóvenes de 13 a 18 años de edad pueden:**

- ✓ Seguir masturbándose.
- ✓ Experimentar con besar y tocar, incluido el sexo oral y el coito

observación) ha proporcionado datos sobre los aspectos más “visibles” o conductuales (como la masturbación y los juegos sexuales) pero casi no ha logrado avanzar en el estudio de la experiencia subjetiva del menor en relación con su sexualidad: las fantasías sexuales, las motivaciones, la experiencia de excitación, las actitudes e interpretaciones sobre diferentes temáticas sexuales, los afectos interpersonales, etc. (Rademakers, Laan y Straver, 2003)

### **Conductas de autoestimulación: masturbación infantil**

La masturbación es una conducta relativamente común en la infancia (Martinson, 1994). En 2002, López et al. encontraron que el 28% de los jóvenes encuestados recordaba haberse masturbado, el 13% de los padres había observado a sus hijos masturbarse y el 20% de los educadores había observado este comportamiento en sus alumnos/as.

El inicio de la actividad autoerótica puede tener diversos orígenes: mientras que algunos menores parecen descubrir esta práctica mediante la exploración curiosa de sus genitales (Martinson, 1994), otros lo hacen a partir de sus amigos, o aprenden a masturbarse, incluso, observando y siguiendo sus indicaciones. Por otro lado, si bien muchos padres y pediatras creen que estas conductas son más “genitales” que “sexuales”, numerosas investigaciones fisiológicas y conductuales han cuestionado esta interpretación al observar en los/as niños/as patrones de activación o excitación que sugieren una motivación sexual o al menos, de reducción de tensión (Ryan, 2000). En el estudio de López et al. (2002), de hecho, las tres fuentes de información consultadas –padres, educadores y jóvenes– coincidieron en otorgar a estas conductas un significado claramente sexual.

### **Conductas de exploración sexual**

Los niños sienten una gran necesidad de explorar, conocer e interpretar lo que observan a su alrededor, incluidos los temas sexuales. Las principales manifestaciones conductuales de dicha curiosidad sexual son:

- ✓ Exploración del propio cuerpo y el de otros. Los/as niños/as sienten curiosidad por su cuerpo y el de los demás, ya que necesitan conocer y comprender su propia identidad y los aspectos que les diferencian del otro sexo y de los adultos.
- ✓ Observación de las conductas sexuales de otros. Las conductas sexuales que los/as niños/as tienen la posibilidad de observar son numerosas, y se producen en diversos contextos: los animales, la familia, el entorno y los medios de comunicación.
- ✓ Preguntas. La gran mayoría de los/as niños/as formulan numerosas preguntas y comentarios en relación con la sexualidad. López et al. (2002) observaron en su estudio que el 85% de los prepúberes había hecho alguna pregunta sobre sexualidad durante el último año. Los temas de estas preguntas suelen ser (López, 2005): diferencias anatómicas y de rol; el origen de los niños, cómo se hacen; el significado de las conductas sexuales que observan y el placer sexual.

### **Juegos sexuales e imitación de conductas sexuales**

Los juegos sexuales son también muy comunes en los prepúberes. Los investigadores han observado prevalencias de hasta un 80% (Larsson y Svedin, 2002a; López et al., 2002). En este tipo de juegos suelen participar voluntariamente dos o más niños de similar edad y desarrollo, y del mismo o distinto sexo. Según los estudios (Larsson y Svedin, 2002a; Reynolds et al., 2003), los menores raramente recuerdan haber tenido experiencias de juego sexual que impliquen coerción ya que, por lo general, estas actividades enseñan al niño/a a relacionarse con los demás e influyen positivamente sobre el ajuste psicosexual de la etapa adulta.

Existe, además, una gran variedad de juegos sexuales infantiles. López (2005) propone una clasificación basada en los distintos motivos que pueden promoverlos:

- ✓ Juegos de imitación. La mayoría de los juegos sexuales reproducen conductas concretas o secuencias amplias propias de los diferentes roles o modelos (el hombre y la mujer, las parejas, profesiones que implican actividades de exploración, etc.). También es común encontrar juegos que imitan conductas observadas en adultos (besos, caricias, acostarse, casarse...) o incluso aspectos actitudinales (gestos, emociones, palabras, etc.).
- ✓ Juegos de exploración. La curiosidad sexual, en este caso, motiva juegos que implican tocarse, exhibirse y explorar el cuerpo de los demás: por ejemplo, jugar a los médicos, dar masajes, juegos de reconocimiento táctil, etc.
- ✓ Juegos que implican placer sexual. En ocasiones los juegos sexuales suponen una forma de buscar contactos sexuales: por ejemplo, juegos que implican frotar los cuerpos, acariciarse, resbalarse sobre una barandilla, masturbación colectiva, etc.

- ✓ Finalmente, los juegos sexuales siempre implican, de una u otra forma, una motivación lúdica, esto es, divertirse, aprender a relacionarse, etc.

### Conductas similares a la actividad sexual adulta

Algunas conductas consideradas más propias de la actividad sexual adulta, como imitar o intentar tener relaciones coitales con otro niño o muñeco, tratar de insertar objetos en el propio cuerpo o el de otro, tener contacto oral-genital con otros/as niños/as y masturbarse compulsivamente han sido observadas con muy baja frecuencia (en un 1-2% de los casos) en estudios realizados con madres de niños prepúberes (Friedrich, Fisher, Broughton, Houston, y Shafran, 1998), educadores de preescolar (Davies, Glaser y Kossoff, 2000) y ambas poblaciones (Larsson y Svedin, 2002b). Este tipo de conductas sexuales, por lo general, han sido asociadas con experiencias previas de abuso sexual o con la observación de la actividad sexual adulta.

En resumen, las distintas fuentes de información empleadas para investigar la conducta sexual infantil respaldan de forma consistente las siguientes conclusiones (Larsson, 2000):

- ✓ Muchos/as niños/as realizan conductas sexuales desde edades tempranas, y experimentan sensaciones de excitación sexual en estas diversas actividades.
- ✓ De forma natural, los/as niños/as sienten curiosidad por el sexo, y con relativa frecuencia, exploran su cuerpo y el de los demás, y participan en juegos sexuales con los iguales.

**TABLA 2**  
**CONDUCTAS SEXUALES QUE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES ESPAÑOLES RECUERDAN HABER REALIZADO**  
**ANTES DE LOS 11 AÑOS (LÓPEZ ET AL., 2002)**

CONDUCTAS SEXUALES	NUNCA	DE 1-5 VECES	DE 6-20	+ DE 20
1. Hacer preguntas	16%	51%	28%	5%
2. Hacer comentarios*	12%	50%	26%	12%
3. Participar en juegos	6%	42%	35%	17%
4. Tocarse los genitales delante de los demás*	75%	14%	5%	6%
5. Tocarse los genitales cuando cree estar solo*	43%	28%	17%	12%
6. Masturbarse con la mano*	65%	15%	9%	11%
7. Masturbarse con un objeto	84%	9%	4%	3%
8. Ver zonas sexuales de otros*	27%	42%	17%	14%
9. Palabras de contenido sexual*	33%	35%	19%	13%
10. Tocar los pechos*	63%	24%	8%	5%
11. Tocar los genitales*	75%	16%	5%	4%
12. Mostrar genitales a niños*	68%	24%	4%	4%
13. Mostrar genitales a adultos*	75%	17%	3%	5%
14. Imitar con juguetes conductas sexuales	48%	27%	17%	8%
15. Imitar besos**	40%	35%	17%	8%
16. Imitar coito*	78%	14%	6%	2%
17. Caricias con niño/a**	72%	21%	5%	2%
18. Caricias con niña*	66%	19%	10%	5%
19. Intentos de coito*	84%	10%	4%	2%
20. Seducir niño**	53%	30%	12%	5%
21. Seducir niña*	74%	9%	9%	8%
22. Excitación sexual*	47%	27%	16%	10%
23. Enamorarse de niño**	39%	33%	21%	7%
24. Enamorarse de niña*	73%	13%	8%	6%
25. Interés por pornografía*	46%	26%	12%	16%
26. Fantasías sexuales*	40%	30%	14%	16%
27. Observar conducta de padres	66%	22%	9%	3%
28. Conductas con adultos	92%	5%	1.5%	1.5%
29. Conductas sexuales impuestas	92%	5%	1%	2%

\* Conductas más frecuentes en varones  
\*\*Conductas más frecuentes en mujeres

- ✓ Las conductas sexuales semejantes a la actividad sexual adulta forman parte de las posibles experiencias sexuales de los niños no abusados, aunque suelen observarse con más frecuencia entre aquellos que han sido víctimas de abuso sexual.

Conviene tener en cuenta, no obstante, una serie de factores a la hora de valorar lo que puede considerarse o no saludable:

- ✓ *La sexualidad no admite una única forma de expresión o de regulación social.* Según Johnson (1991), las diferencias individuales existentes en el ritmo de desarrollo sexual, la exposición a información y actividad sexual explícita, las actitudes y valores parentales que forman parte de la socialización sexual del niño, etc. impiden establecer criterios de salud aplicables de forma generalizada. En otras palabras, la sexualidad infantil puede ser vivida de formas muy diversas, todas ellas satisfactorias, y en consecuencia, los criterios de salud deben respetar esta rica pluralidad (López, 1995), lo que no siempre es fácil.
- ✓ *Lo que es “normal” o aceptable en sexualidad infantil depende del contexto socio-cultural e histórico* (Larsson, 2000). Además, las diversas visiones ideológicas, religiosas, personales, etc. existentes en torno a ella dificultan la posibilidad de establecer criterios de salud compartidos y plantean retos difíciles: ¿cómo tener en cuenta las diversas costumbres, creencias y valores sociales y a la vez no caer en un relativismo cultural extremo?, ¿es posible establecer criterios universales, o éstos tendrán que ser específicos de cada cultura? (Korbin, 1991).
- ✓ *Los criterios o dimensiones de salud sexual conforman un continuo* (relación de edad y poder, conductas, afectos, etc.). Por ello, es difícil delimitar un punto de corte inequívoco que indique cuándo una determinada experiencia sexual es saludable, y cuándo es problemática o abusiva (Ryan, 2000), sobre todo cuando implica a dos menores de edad (Heiman, Leiblum, Esquilin, y Melendez Pallito, 1998).
- ✓ *Una conducta sexual infantil puede ser poco común, pero saludable;* o por el contrario, puede ocurrir con mucha frecuencia y ser inapropiada (Heiman et al., 1998).

A pesar de estos obstáculos, es necesario trabajar en la delimitación de un conjunto de criterios de salud sexual infantil suficientemente consensuados y fundamentados en datos científicos, que permita fijar pautas de evaluación y actuación claras, comunes y precisas ante las diferentes conductas sexuales de los/as niños/as (Feerick y Snow, 2006). Aunque tengamos que admitir que la conceptualización de la salud sexual infantil nunca será una realidad social objetiva y universal, sí podemos tratar de establecer un consenso social sobre el modo de interpretar esta realidad y los diversos datos científicos de los que disponemos. Lo importante, según López (1995), no es crear un conjunto de criterios estáticos, únicos e indiscutibles, sino más bien una propuesta abierta, coherente y global que tome como base fundamental los derechos universales del niño/a (Organización Mundial de la Salud -OMS, 2000), tenga en cuenta la dimensión política y social de este problema, y sea revisada periódicamente por los diferentes profesionales, investigadores y agentes sociales de cara a la introducción de posibles mejoras o cambios.

## REFERENCIAS

- Davies, L. S., Glaser, D. y Kossoff, R. (2000). Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse and Neglect*, 24(10), 1329-1343.
- Feerick, M. M. y Snow, K. L. (2006). An examination of research in child abuse and neglect. Past practices and future directions. En M. M. Feerick, J. F. Knutson, P. K. Trickett y S. M. Flanzer (Eds.) *Child abuse and neglect. Definitions, classifications and a framework for research* (pp. 3-27). Baltimore, MD: Paul H. Brookers Publishing Co., Inc.
- Friedrich, W. N. (2003). Studies of sexuality in nonabused children. En J. Bancroft (ed.), *Sexual Development in Childhood* (pp.107-120). Bloomington: Indiana University Press.
- Friedrich, W. N., Fisher, J., Broughton, D., Houston, M. y Shafran, C. R. (1998). Normative sexual behaviour in children: A contemporary Sample. *Pediatrics*, 101(4), 4.
- Friedrich, W. N., Grambsch, P., Broughton, D., Kuiper, J. y Beilke, R. L. (1991). Normative sexual behavior in children. *Pediatrics* 88(3), 456-464.
- Friedrich, W. N. y Trane, S. T. (2002). Sexual behavior in children across multiple settings. *Child Abuse and Neglect*, 26, 243-245.
- Haugaard, J. J. (2000). The Challenge of Defining Child Sexual Abuse. *American Psychologist*, 55, 1036-1039
- Heiman, M. L., Leiblum, S., Esquilin, S.C. y Melendez Pallito, L. (1998). A Comparative Survey of Beliefs about “Normal” Childhood Sexual Behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 22 (4), 289-304.
- Johnson, T. C. (1991). Understanding the sexual behaviors of young children. *SIECUS Report* 19, 8-15.



- Korbin, J. E. (1991). Cross-cultural perspectives and research directions for the 21<sup>st</sup> century. *Child abuse and Neglect*, 15, 67-77.
- Larsson, I. (2000). *Child sexuality and sexual behaviour*. Informe elaborado por Swedish National Board of Health and Welfare. Artículo número 2001-123-20. (Trad. Lambert y Tudball).
- Larsson, I. y Svedin, C-G. (2002a). Young adults' recollections of sexual behaviour and experiences in childhood. *Archives of Sexual Behavior*, 31(3), 263-273.
- Larsson, I. y Svedin, C-G. (2002b). Teachers' and parents' reports on 3 to 6-year-old children's sexual behaviour. A comparison. *Child Abuse and Neglect*, 26(3), 247-266.
- López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F., Del Campo, A. y Guijo, V. (2002). Sexualidad prepuberal. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, 15, 58-87.
- Martinson, F. (1994). *The sexual life of children*. Westport, CN: Bergen and Garvey. Accesible en: <http://www.question-school.com/read/26246926>
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. Acta de Reunión. Guatemala: Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Sexología y Organización Panamericana de la Salud.
- Rademakers, J., Laan, M. y Straver, C. (2003). Body awareness and physical intimacy. An exploratory study. En J. Bancroft (Eds.), *Sexual development in childhood* (pp.134-155). Bloomington: Indiana University Press.
- Reynolds, M. A., Herbenick, D. L. y Bancroft, J. (2003). The nature of childhood sexual experiences. Two studies 50 years apart. En J. Bancroft (Eds.), *Sexual development in childhood* (pp.134-155). Bloomington: Indiana University Press.
- Ryan, G. (2000). Childhood Sexuality: A decade of Study. Part I- Research and curriculum development. *Child Abuse and Neglect*, 24 (1), 33-48.
- Sexuality Information and Education Council of the United States, SIECUS (2004). ¿Qué implica el desarrollo sexual infantil normal?. *La Familia Habla*, 3 (4).