



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultat de Psicologia

Treball de Fi de Grau

**PROTOCOLO MARCO INTERDISCIPLINARIO DE
ACTUACIONES EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL EN
LAS ILLES BALEARS – REGISTRO UNIFICADO DE
MALTRATO INFANTIL (RUMI): UNA REVISIÓN**

Rebeca Rodríguez Iglesias

Grau de Psicologia

Any acadèmic 2019 - 2020

DNI de l'alumne: 53536034S

Treball tutelat per Esperança Bosch Fiol
Departament de Psicologia

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paraules clau del treball: maltrato infantil, abuso sexual infantil, protocolo, RUMI

ÍNDICE

Resumen	2
1.- Introducción	5-6
1.1.- Datos justificativos	5-6
2.- Marco teórico	7-17
2.1.- Definiciones	7-9
2.2.- Abuso sexual infantil	9-17
2.2.1.- Definición	9-11
2.2.2.- Tipología del ASI	11-12
2.2.3.- Epidemiología del ASI	12-14
2.2.4.- Perfil de la víctima y del agresor	15
2.2.5.- Consecuencias del ASI	15-17
2.2.6.- Marco legal	17
3.- Protocolos y guías de práctica clínica para el manejo del ASI	18-21
3.1.- Normativa para la elaboración de un protocolo en ciencias de la salud..	18-21
3.1.1.- Fase de preparación	19
3.1.2.- Fase de elaboración	20-21
3.1.3.- Aprobación y revisión del documento	21
4.- Protocolo Marco Interdisciplinario de actuaciones en casos de maltrato infantil en las Illes Balears – Registro unificado de maltrato infantil (RUMI)	22-27
4.1.- Estructura	22-25
4.2.- Ámbitos de intervención	25-27
Conclusiones	27-29
5.- Bibliografía	30-33

Resumen: cada vez son más los casos de abuso sexual infantil (ASI) que salen a la luz en nuestro entorno. A pesar de poseer una legislación estatal y autonómica específica contra el maltrato infantil, son pocas o desconocidas las herramientas a disposición de las instituciones responsables de velar por la seguridad de los/las menores. Detectar este tipo de casos, tanto cuando se producen dentro de la familia (intrafamiliares) como en el entorno próximo al/la menor (extrafamiliar), saber dar respuesta ante un caso de ASI, bien sea sospechado o confirmado, así como la protección y seguimiento del caso particular, exige de medidas y protocolos específicos para la intervención.

En España, como en otros países de nuestro entorno, existen diferentes protocolos destinados a la detección, evaluación, intervención y seguimiento de casos de ASI. Las Illes Balears posee un protocolo específico para ámbitos relacionados con la infancia y la adolescencia, como son el educativo, el sanitario, el judicial y el social.

El objetivo de este trabajo es comprobar si el Protocolo Marco Interdisciplinario de actuaciones en caso de maltrato infantil en las Illes Balears, o Registro Unificado de Maltrato Infantil de las Illes Balears (RUMI), cumple con las recomendaciones a nivel nacional para la elaboración de protocolos.

Palabras clave: maltrato infantil, abuso sexual infantil, protocolo, RUMI.

Abstract: more and more cases of child sexual abuse (CSA) revealed in our environment. Despite having specific state and regional legislation against child abuse, the resource available to the institutions responsible for ensuring the safety of minors are few or unknown. Detect these types of cases, both when they occur within the family (intrafamily) and in the environment close to the minor (extrafamily), know how to respond to a case of ASI, whether suspected or confirmed, as well as protection and Monitoring the particular case requires specific measures and protocols for intervention. In Spain, as in other countries around us, there are different protocols for the detection, evaluation, intervention and follow-up of cases of ASI. The Balearic Islands have a specific protocol for areas related to childhood and teenage, such as education, health, judicial and social.

The objective of this work is to verify if the Interdisciplinary Framework Protocol for actions in the event of child abuse in the Balearic Islands, or the Unified Registry of Child Abuse of the Balearic Islands (RUMI), complies with the recommendations at the national level for the development of protocols.

Keywords: child abuse, child sexual abuse, protocol, RUMI.

1.- INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata de definir conceptos clave dentro del maltrato infantil, y más concretamente del ASI, los factores de protección y de riesgo frente al abuso y el marco legal correspondiente. Además, se analiza si el Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) cumple los criterios exigidos en nuestro país para la elaboración de protocolos.

1.1.- Datos justificativos

Todas las sociedades, en mayor o menor medida, prohíben el contacto sexual entre un adulto y un/una menor. Sin embargo, son cada vez más los casos que salen a la luz respecto a esta práctica no permitida. A pesar de que los primeros estudios relativos al maltrato infantil se producen en los años sesenta en EE.UU., sigue siendo un tema controvertido en la actualidad debido a las nuevas formas de acceso a los/las menores por parte de pedófilos y pederastas (Finkelhor, 2008).

Los datos de prevalencia recogidos en el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la violencia ejercida contra los niños y las niñas (Pinheiro, 2011), encontramos que 150 millones de niñas y 73 millones de niños en todo el mundo han sufrido violencia sexual con contacto físico, aunque se cree que el dato es muy superior. Los datos derivados de una revisión epidemiológica en países con ingresos medios/altos se observa que entre un 7-36% de las niñas y un 3-29% de los niños han sufrido ASI, llevado a cabo por familiares directos del/la niño/a en su mayoría.

Hay que tener en cuenta que, dependiendo de las condiciones socioeconómicas, hay poblaciones infantiles más vulnerables que otras. Los datos que derivan de un estudio realizado en 2009 en Suiza pusieron en evidencia que el 22% de los niños y el 8% de las niñas de entre 15-19 años sufrió al menos un incidente de violencia sexual (UNICEF, 2015). Además, la forma de victimización infantil más habitual en este país es a través de Internet, medio al que no se puede acceder en otras zonas geográficas a nivel mundial.

En nuestro país, un estudio realizado en la Universidad de Barcelona con población universitaria situó la prevalencia de los ASI en un 19% de las mujeres y en un 15.5% de los hombres. Destaca el elevado porcentaje de penetración antes de los 13 años en ambos sexos, siendo de un 42% en mujeres y de un 27% para los hombres. Después de esta edad los porcentajes de penetración se mantienen entre un 25-27% para ambos sexos (Pereda & Forn, 2007).

En nuestra Comunidad Autónoma, el estudio realizado en la Universidad de las Illes Balears con población universitaria situó las cifras de ASI en un 18.8% en mujeres y en 5.3% en hombres. Los porcentajes se sitúan en un 63% de los abusos padecidos antes de los 13 años, un 30% entre los 13-18 años y en un 27% después de los 19 años (Socias, Benavente, Casado & Brage, 2012).

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- Definiciones

La concepción de infancia ha ido variando a lo largo de la historia y depende del contexto cultural de la época. A lo largo de la historia, los niños y las niñas han sido vistos como dependientes e indefensos (“estorbos”), como propiedad de los progenitores o tutores, o como adultos pequeños, seres bondadosos o inacabados. No es hasta el siglo XVIII que empieza a adoptarse una nueva visión de la infancia, entendiendo que tienen necesidades específicas de aprendizaje y socialización (Jaramillo, 2007).

Aunque en 1883 se celebra en París el Primer Congreso Internacional de Protección a la Infancia, no es hasta iniciado el siglo XX que empieza a considerarse la infancia como un período crítico y vulnerable. Tras los estragos ocasionados en Europa por la I Guerra Mundial, y a partir de los movimientos a favor de la infancia, se reconoce a los niños y a las niñas como sujetos de pleno derecho a partir de la Convención de Ginebra de 1924. En 1959, la Organización de las Naciones Unidas (a partir de ahora ONU) aprueba de manera unánime por los 78 estados miembros la Declaración de los Derechos del Niño, que culmina en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en 1989 (Benavente, Casado, Orte & Ballester, 2016; Bofill & Cots, 1999; Lozano-Vicente, 2016).

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, define niño en su Artículo 1 como “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (UNICEF, 2002).

En los derechos de la infancia enmarcados en dicha convención encontramos que, además de otorgarles pleno derecho al desarrollo físico, mental y social, queda reflejado en su Artículo 19 la obligación por parte del Estado de proteger a los/las menores ante cualquier forma de maltrato.

La Organización Mundial de la Salud (a partir de ahora OMS) define el maltrato infantil como aquellos abusos, sean físicos o psicológicos, perpetrados contra los menores de 18 años. Además, incluye la violencia sexual y la explotación con fines comerciales, así como el comportamiento negligente dentro de una relación asimétrica de poder (WHO, 2020).

Si nos atenemos a los criterios proporcionados por el DSM-V, el maltrato infantil se encuentra especificado en la Sección II Criterios y códigos diagnósticos dentro de Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, y se definen como problemas que pueden afectar al diagnóstico, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un/a paciente, pero no como trastornos mentales por sí mismos. El punto que define el Maltrato infantil y problemas de negligencia incluye los siguientes códigos CIE-10-MC para las diferentes subcategorías como son el maltrato físico (T74.12XA, T74.12XD; T76.12XA, T76.12XD), el abuso sexual infantil (T74.22XA, T74.22XD; T76.22XA, T76.22XD), la negligencia infantil (T74.02XA, T74.02XD; T76.02XA, T76.02XD) y el maltrato psicológico infantil (T74.32XA, T74.32XD; T76.32XA, T76.32XD) (DSM-V, 2014).

Uno de los puntos que está cobrando más relevancia en los últimos años respecto a la protección de los/las menores es el que se refiere al abuso sexual infantil (a partir de ahora ASI). Los niños, las niñas y los/las adolescentes no sólo tienen derecho a un correcto desarrollo afectivo-sexual, sino a la protección ante la explotación y el abuso sexual en su Artículo 33 (UNICEF, 2002).

En su manual para profesionales, *Save the Children* (Goicoechea, 2011) define el ASI como “contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.”

En 1999, UNICEF acepta el ASI como un problema de salud pública, no sólo por las consecuencias que ocasiona en la víctima a todos los niveles, sino como un problema que debe tener repercusiones médico-legales (Abdalá, Llaguno & Ortiz, 2013).

Es por este motivo que existen protocolos de actuación específicos para profesionales. Elaborados por un colectivo de expertos, determinan las actuaciones a seguir ante un caso, sospechado o confirmado, de ASI (Hierro, 2018).

2.2.- Abuso sexual infantil

2.2.1.- Definición

Los abusos sexuales a menores son una práctica habitual en las civilizaciones antiguas y, aunque deben enmarcarse dentro de las costumbres y leyes de cada época, no deja de ser significativo que en la antigua Grecia o en Roma los menores sufrieran todo tipo de vejaciones y abusos sexuales. Debido al poco peso que poseían los menores en las civilizaciones antiguas, la historia de la infancia no empieza a relatarse hasta el siglo XX (Sáez, 2015).

Las primeras referencias sobre el ASI derivan de los trabajos de Freud y Kinsey llevados a cabo en la primera mitad del siglo XX. Aunque Freud, desde el psicoanálisis, plantea las graves consecuencias que puede acarrear el ASI, acaba defendiendo que son experiencias fantaseadas por los menores, marcando así el desinterés por los abusos sexuales en las décadas posteriores (Fernández, Carrera & Failde, 2008). En los trabajos de Kinsey sobre “desarrollo sexual temprano”, a medio camino entre el determinismo biológico y el social, se debate sobre la naturaleza traumática del ASI (Janssen, 2008). Aunque los resultados de sus estudios evidenciaban una alta prevalencia tanto del incesto como de los abusos sexuales, decidió dar poca importancia a estos datos al considerarlos, al igual que Freud, producto de la imaginación de los terapeutas (Finkelhor, 2008).

En 1994, Carol-Ann Hooper (citada por Espíndola, 2017) define el ASI desde una perspectiva feminista, haciendo responsable a la sociedad patriarcal de la cosificación y erotización de los/las menores en pro de las necesidades masculinas.

En este mismo trabajo, en el apartado definiciones, y desde una perspectiva de salud pública, se contempla la definición de ASI realizada por *Save the Children*.

En 2002, Berliner y Elliot (citado por Herrera & Parra, 2011) definen el ASI desde una perspectiva clínica e incluyen, además de la actividad sexual dirigida a un menor de 18 años, el uso de la fuerza y la amenaza, así como diferentes tipos de actos sexuales abusivos.

Evidentemente, no podemos reflejar en este trabajo todas las definiciones existentes de ASI, ya que existen tantas como contextos encargados de su estudio. Actualmente, las definiciones más utilizadas son las que provienen de aquellos sectores más involucrados en la seguridad y observación infantil, como son el judicial, el social y el sanitario (Observatorio de la Infancia, 2006).

Desde una perspectiva judicial la definición viene dada por el delito, es decir, la finalidad es la sanción del comportamiento llevado a cabo por el/la agresor/a, tipificado dentro del Código Penal español (por ejemplo, el Capítulo II, y Capítulo II bis del Título VII de dicho código) (Monté, 2017). Además, Subijana y Echeburúa (2018) ponen de manifiesto la más que probable revictimización o victimización secundaria del/la menor en dichos procesos, dado que el ASI se produce en la intimidad del hogar y, generalmente, sin testigos.

Desde una perspectiva social, se centra más en las consecuencias a largo plazo que en el acto en sí mismo. Es por este motivo que cobran gran importancia la prevención y la detección temprana del abuso (servicios sociales). Por último, la perspectiva sanitaria se centra en los daños, físicos y/o psicológicos, del maltrato (Observatorio de la Infancia, 2006).

Finkelhor (2008) presenta trece teorías explicativas sobre el por qué se produce la victimización sexual infantil, y las agrupa en Teorías sobre el ofensor, con una base médica y marcadamente moralista; en Teorías sobre la víctima, más estudiada que la anterior y que presenta en uno de sus puntos al/la menor como instigador del abuso; y Teorías sobre el contexto familiar, debido a que la mayoría de los casos reportados se producen dentro del contexto familiar.

2.2.2.- Tipología del ASI

Aunque los casos más mediáticos de la comunicación social de nuestro entorno dibujan el ASI como el acceso físico y carnal hacia un/a menor, en realidad está conformado por varias conductas y/o comportamientos.

Save the Children (Goicoechea, 2011) establece cuatro categorías diferentes dentro del ASI:

- Abuso sexual, en el que el contacto físico, con o sin acceso carnal, se produce sin violencia o intimidación y sin consentimiento por parte del/la menor.
- Agresión sexual, en el que el contacto físico, con o sin acceso carnal, se produce utilizando violencia o intimidación y sin consentimiento del/la menor.
- Exhibicionismo, categoría de abuso sexual sin contacto físico.
- Explotación sexual infantil, en la que el/la abusador/a busca un beneficio económico. Comprende la prostitución y el comercio sexual infantil. A su vez, presenta diferentes modalidades, siendo el tráfico sexual, el turismo sexual, la prostitución y la pornografía infantil las más habituales.

Hay que tener en cuenta que son dos ejes fundamentales los que caracterizan el ASI, como son la coerción y la asimetría de edad. El/la agresor/a utiliza el poder que posee sobre el/la menor para obtener favores de naturaleza sexual para él/ella mismo/a o para una tercera persona (Expósito, 2018). Basándonos en estos dos ejes, encontramos que el ASI puede darse tanto dentro del núcleo familiar del/la niño/a (intrafamiliar) como en su entorno más próximo (extrafamiliar).

El abuso sexual intrafamiliar, o incesto, se produce por parte de un familiar de consanguinidad (padre/madre, abuelo/a), o un/a hermano/a, tío/a o sobrino/a. También se incluyen aquellas figuras de referencia que ejercen de tutores legales o figuras parentales (Pereda, 2010). Además, podemos diferenciar dos tipos de incesto: el incesto directo, cuando el abuso sexual es llevado a cabo por un familiar; o el incesto indirecto, que ocurre cuando los progenitores ofrecen al/la menor a otros adultos (Fonrodona, 1995).

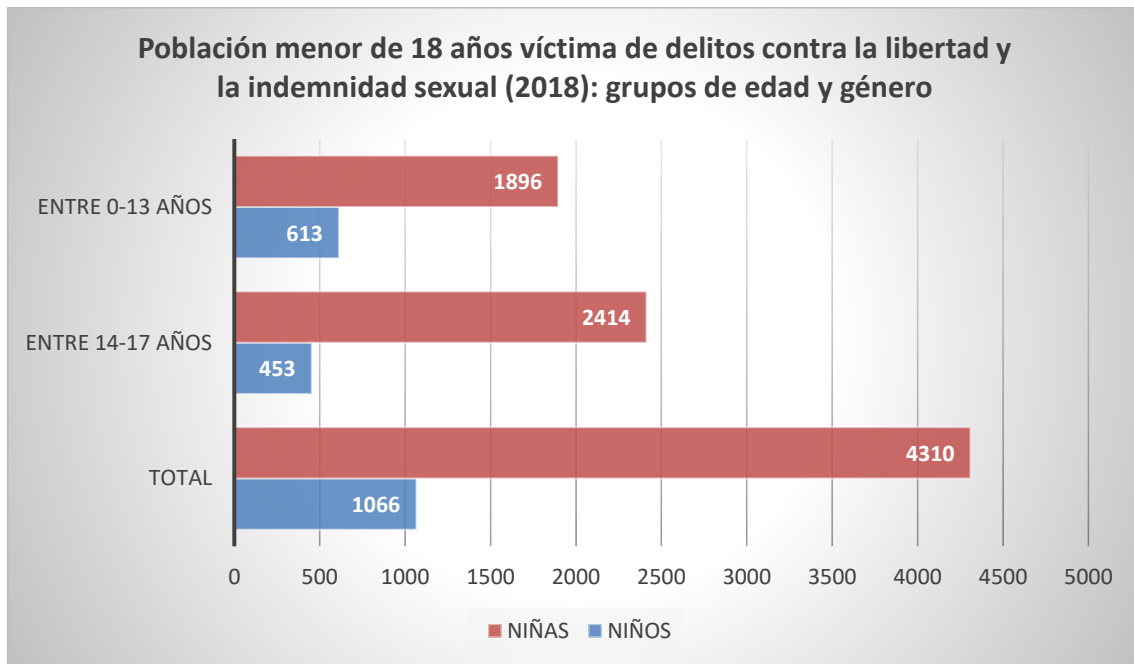
Por otra parte, el ASI extrafamiliar lo cometen aquellos/as adultos que no tienen un vínculo familiar con el/la menor, pudiendo ser completos desconocidos o personas cercanas a la familia (Gil & De Manuel, 2019).

2.2.3.- Epidemiología

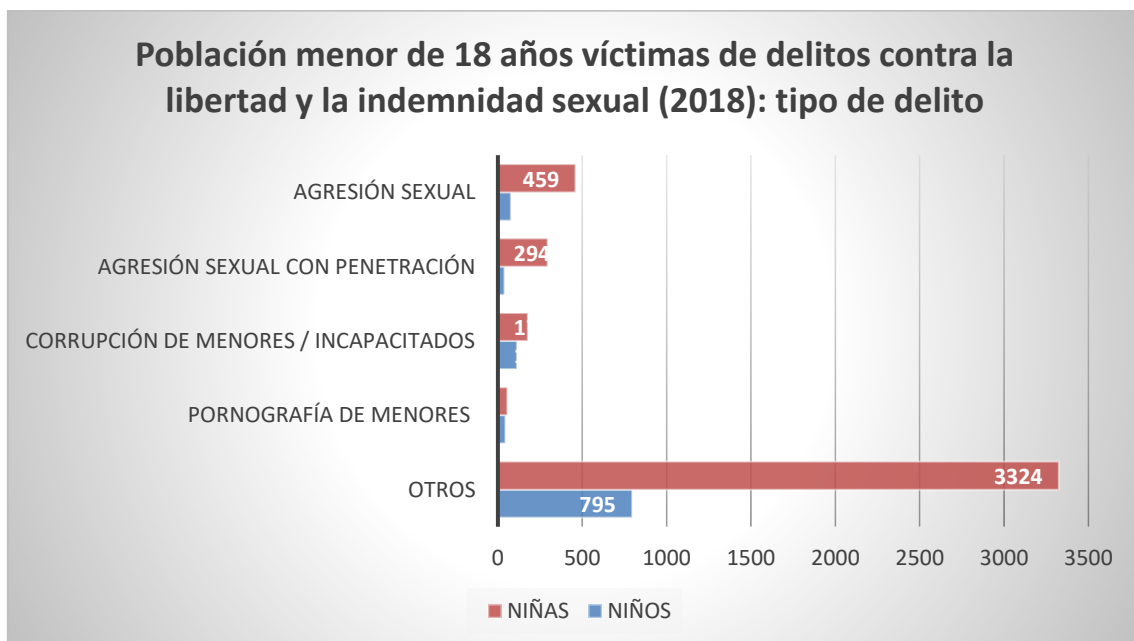
Los datos pertenecientes a la incidencia del ASI se encuentran condicionados por la denominada “ley del silencio”, sobre todo aquellos relacionados con el abuso intrafamiliar. El pacto o “ley del silencio”, aunque no se presenta exclusivamente en el maltrato infantil sino en todas aquellas relaciones de poder abusivas, es más difícil de contrarrestar en los/las menores, dado que suele ocurrir en etapas en las que el desarrollo madurativo y psicoafectivo del/la niño/a está incompleto.

La plataforma Infancia en Datos, perteneciente al Observatorio de la Infancia, ofrece los siguientes datos de incidencia en lo que respecta a *Población menor de 18 años víctima de delitos contra la libertad y la indemnidad sexual* en el año 2018:

- Se produjeron en nuestro país 5376 hechos denunciados, de los que 4310 pertenecen a niñas y 1066 a niños.

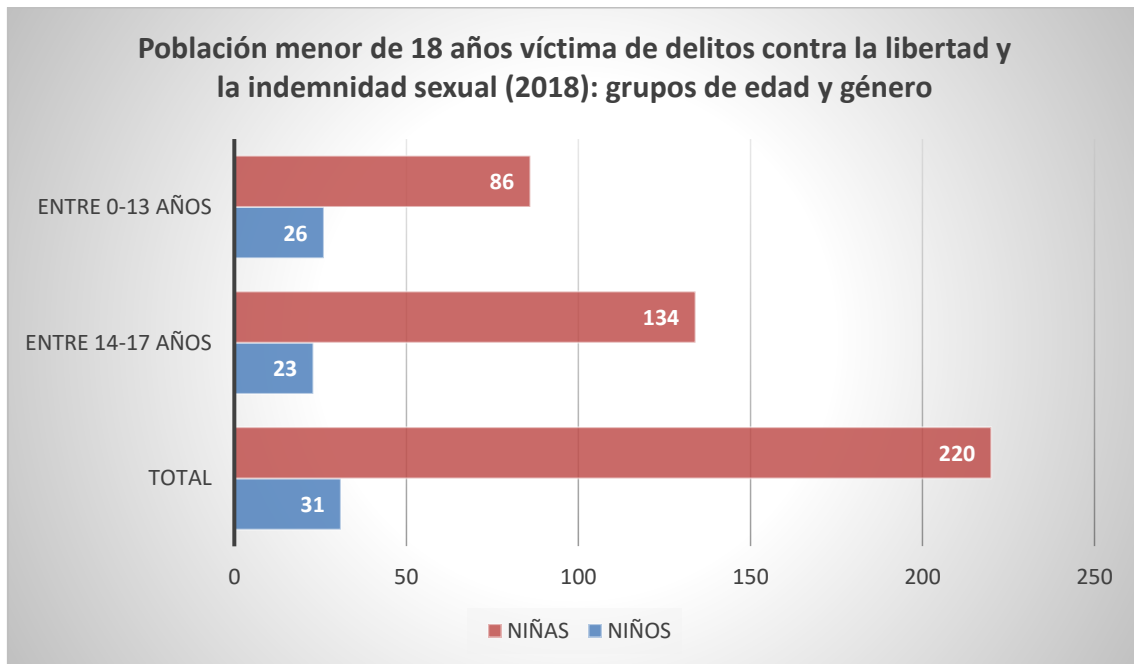


Fuente: elaboración propia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. A través de www.infanciaendatos.com



Fuente: elaboración propia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. A través de www.infanciaendatos.com

- En las Illes Balears se produjeron 271 hechos denunciados, de los que 220 corresponden a niñas y 31 corresponden a niños.



Fuente: elaboración propia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. A través de www.infanciaendatos.com

Como se puede observar en los gráficos, tanto a nivel nacional como autonómico, las niñas son víctimas de la gran mayoría de delitos contra la libertad y la indemnidad sexual, bien sea por grupo de edad o por tipo de delito, lo que evidencia una marcada tendencia de género dentro de la violencia sexual ejercida contra los/las menores.

A nivel de prevalencia, los datos aportados por Cantón-Cortés (2014) indican que entre un 7-36% de la población general ha sufrido ASI en algún momento de su vida, con una prevalencia del 20% en mujeres y un 8% en hombres. Estos datos de prevalencia media no han sufrido grandes variaciones. En un estudio realizado con estudiantes universitarios en 1970, Finkelhor (citado por Losada, 2012) encontró que el 19% de las mujeres y el 9% de los hombres habían sufrido ASI en la infancia.

Como se deriva de los datos expuestos anteriormente, existen factores de riesgo a la hora de padecer violencia sexual. Se dividen en factores de riesgo individuales, como puede ser el hecho de ser niña o discapacitado/a; factores de riesgo familiares, como aquellas circunstancias que impiden el correcto cuidado de los/las menores; y factores de riesgo sociales, como puede ser el turismo sexual derivado de un modelo económico en el que el/la niño/a pasa a ser un objeto de consumo (De Manuel, 2017).

2.2.4.- Perfil de la víctima y del agresor

El padre agresor, a diferencia de otros agresores sexuales, es un hombre integrado en la sociedad que ha alcanzado el desarrollo sexual y tiene capacidad para discernir entre lo que está bien y lo que está mal. El/la menor es visto como un objeto puro, y el agresor se caracteriza por ser un padre abnegado y solícito. Existe otro perfil que, por el contrario, exhibe una gran violencia. El/la menor es visto como un ser débil que merece ser sometido y humillado (Sarmiento, 2013).

Aunque el perfil del/la menor abusado/a es mayoritariamente femenino, no debemos olvidar que la escasez de denuncias de varones abusados puede provenir de un modelo social que exige a los hombres saber cuidar de sí mismos, con un concepto de masculinidad asociado a la fuerza física y que asocia abuso sexual infantil masculino con la homosexualidad. Por tanto, no es de extrañar las bajas cifras de denuncias masculinas (Intebi, 2011).

Otra de las características del/menor abusado/a es la edad, siendo entre los 6-12 años la edad de máxima incidencia (*Save the Children*, 2012).

2.2.5.- Consecuencias del ASI

El impacto del ASI a nivel psicológico depende principalmente de cuatro variables, como son el perfil de la víctima, siendo la edad de inicio del abuso sexual un indicador de gravedad a largo plazo y el apoyo de la red familiar un factor protector; las características del acto en sí mismo, como la frecuencia o si se produce dentro de un contexto violento o amenazante; la relación que tiene el/la menor con el agresor, siendo el abuso intrafamiliar, y concretamente el incesto, el que produce mayores secuelas a largo plazo; y las consecuencias que pueden derivarse de la revelación del abuso (Echeburúa & Corral, 2006).

Las secuelas físicas del ASI van desde lesiones físicas menores hasta la muerte. Además, un porcentaje elevado de las víctimas de abusos sexuales refieren molestias

gastrointestinales sin causa aparente que lo justifique. La explicación más plausible se enfoca en el estrés emocional, así como en posibles somatizaciones, además de la hipersensibilización o daño del sistema nervioso visceral. No hay que olvidar que el estar sometido a un estrés severo de forma continuada durante la primera infancia puede desencadenar cambios a largo plazo en el desarrollo de los/las menores (Forero, Araújo, Godoy & Vera, 2010).

En 2011, Rodríguez distingue entre consecuencias a corto plazo sexualizadas y no sexualizadas:

- Sexualizadas, en el que se distinguen el conocimiento sexual precoz, la interacción sexualizada con otras personas, animales o juguetes, dibujos explícitos o masturbación excesiva. En niños más mayores puede darse promiscuidad o explotación sexual comercial.
- No sexualizadas, dado que el menor se encuentra en un periodo crítico del desarrollo se distingue entre: etapa preescolar (0-6 años), donde se intensifican las pesadillas, la ansiedad, temores, problemas como la enuresis, la agresividad y el descontrol, así como las conductas sexuales inapropiadas; escolares (7-12 años), se mantienen las pesadillas, el miedo o la agresividad, y empiezan a darse la vergüenza y la culpa; adolescentes, empiezan a darse problemas conductuales como conductas autodestructivas, problemas de abuso de sustancias, retraimiento y depresión.

En la revisión realizada por Pereda en 2010 se clasifican las consecuencias más significativas a largo plazo en cinco categorías:

- Problemas emocionales, entre los que destaca el Trastorno por Estrés PosTraumático (TEPT), trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad; los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad; las conductas autolesivas, la ideación suicida y los intentos de suicidio.
- Problemas relacionales, tanto a nivel de relaciones de pareja como relaciones interpersonales. Existe un mayor aislamiento y una menor participación en actividades lúdicas y comunitarias; el rol materno se ve afectado, es más frecuente el estilo educacional permisivo y el castigo físico.

- Problemas de conducta y adaptación social, en el que aumentan los casos de huida del hogar con el riesgo posterior de delinquir; mayor agresividad hacia el entorno, que derivan en problemas de conducta.
- Problemas funcionales, con un aumento de somatizaciones sin causa médica aparente; trastornos de la conducta alimentaria (TCA); problemas ginecológicos; síntomas y trastornos disociativos; problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias.
- Problemas sexuales, donde la sexualidad desadaptativa es el problema más frecuente, sexualidad insatisfactoria; maternidad temprana y riesgo de prostitución.

2.2.6.- Marco legal

A medida que entran en vigencia los compromisos adquiridos por nuestro país en el marco de los Derechos Humanos, incluyendo los principios de la Convención de los derechos del niño, el ordenamiento jurídico español dispone la Ley orgánica de protección jurídica del menor, de aplicación a todos los niños y niñas que se encuentren en territorio español, contempla la protección y tutela por parte del Estado en beneficio del/la menor; y del Ministerio fiscal para la observación de los derechos de los niños y las niñas, con capacidad de intervención en procesos penales, civiles, asegurar la protección procesal de las víctimas, así como el correcto desempeño de sus funciones siempre en beneficio del/la menor (Rodríguez, Román & Escorial, 2012).

A nivel legislativo, el Título VIII del Código Penal Español define los delitos realizados en contra de la libertad y la indemnidad sexual. Encontramos los términos de acoso sexual, abuso sexual, agresión sexual y violación. Además, añade una diferencia en la pena en base a la edad de la víctima (art. 182, art. 185 y art. 186). Se incorpora el *online child grooming* como delito en 2010 (Expósito, 2018).

Las Illes Balears disponen de tres leyes que abordan diferentes aspectos relacionados con la infancia, como son la Ley 17/2006, la Ley 8/1997 y la Ley 7/2015 (Casanovas & Torelló, 2014).

3.- PROTOCOLOS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL ASI

Debido a todo lo expuesto anteriormente, y dados los datos de incidencia y prevalencia, así como las graves consecuencias para el/la menor a corto y largo plazo, empiezan a hacerse necesarias una serie de directrices para la actuación ante un caso de ASI. Es por ello que se crean protocolos y guías clínicas específicos con el fin de estandarizar las actuaciones provenientes de los ámbitos que se encuentran en contacto directo con los/las menores.

Aunque existen numerosos protocolos y guías de práctica clínica, tanto a nivel estatal como autonómico, todas deben seguir una estructura determinada basada en la evidencia con el fin de proporcionar una atención de calidad.

3.1.- Normativa para la elaboración de un protocolo en ciencias de la salud

No existe una normativa internacional específica para la realización de protocolos y guías de práctica clínica. Aunque organismos internacionales como UNICEF, la OMS o *Save the Children* realizan informes sobre la situación de los niños y las niñas en el mundo en base a sus principios fundacionales, la Declaración de los derechos del Niño de 1989, los objetivos de la Agenda 2030 y los acuerdos internacionales que se van adquiriendo en materia de protección infantil, sirven de base para todas aquellas actuaciones dirigidas a la defensa y cuidado de los/las menores. A partir de aquí, los ámbitos desde los que parte la acción, los recursos disponibles y el marco legal propio de cada país es el que determina la elaboración del protocolo.

En nuestro país encontramos cuatro guías para la elaboración de protocolos de actuación dirigidos a las ciencias de la salud y que pertenecen al Servicio Andaluz de Salud, al Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, al Servicio Madrileño de Salud y al Gobierno Vasco.

Nos centraremos en la guía del Servicio Madrileño de Salud, ya que aporta información más completa y detallada sobre los componentes esenciales de los que debe constar un protocolo de ciencias de la salud. En base a este documento la metodología básica para la elaboración de un protocolo consta de las siguientes fases: fase de preparación, fase de elaboración y aprobación y revisión del documento (Costa et al., 2012).

3.1.1.- Fase de preparación

Es esencial seleccionar el problema específico objeto del protocolo. Dado que no pueden abordarse todas las problemáticas derivadas del tema en cuestión, deben priorizarse aquellas que nos aseguren la eficiencia de las acciones a emprender. Podemos delimitar teniendo en cuenta la existencia de una gran variabilidad en la práctica o en los resultados, si suponemos posibles tratamientos efectivos que reduzcan la morbilidad / mortalidad, si existen intervenciones de alto riesgo o coste o si se percibe la necesidad de un protocolo específico.

Además, debe definirse el tipo de documento a elaborar, bien sea un protocolo, que incluye el conjunto de actividades y/o procedimientos relacionados con el proceso asistencial; o un procedimiento, secuencia de los pasos necesarios para llevar a cabo la actuación.

Por otra parte, la organización del grupo de trabajo debe contar con entre 6-10 expertos en el tema a tratar, pudiendo distribuirse de la siguiente manera: un coordinador general del proyecto, un experto en búsqueda bibliográfica, seis profesionales con experiencia acreditada en el ámbito de aplicación y un experto en métodos de investigación y lectura crítica.

Para finalizar la fase de preparación debe establecerse un plan de trabajo, en el que las funciones y tareas de cada integrante del equipo queden perfectamente delimitadas, y un cronograma que marque cada fase del proceso.

3.1.2.- Fase de elaboración

En primer lugar, debe llevarse a cabo una extensa revisión bibliográfica, tanto de fuentes primarias como secundarias, así como una lectura crítica del material seleccionado en base a criterios de calidad.

En todo momento, el documento debe cumplir ciertos criterios de redacción, como expresar la información de forma clara y concisa o evitar redundancias, y mantener un formato determinado, en el que se especifica el tipo de letra, tamaño o márgenes entre otros.

La propia estructura del documento debe constar de una portada con los logotipos institucionales correspondientes, el título del protocolo, el código, la versión, la fecha de entrada en vigor, la justificación de la revisión, la fecha de la próxima revisión e institución que aprueba la versión. La segunda página corresponde al índice paginado y en todo el documento, excepto en la portada, debe existir encabezado, con el título del protocolo, codificación, número de página y número de versión del documento, y pie de página.

A nivel de contenido se mantiene la siguiente estructura:

- Introducción, se realiza una aproximación al problema a través de cuestiones como el marco teórico, la epidemiología, el marco legal y la justificación del tema.
- Objetivos, tanto generales como específicos que se pretenden alcanzar tras la aplicación del protocolo.
- Responsabilidades, desde la divulgación e implementación del protocolo hasta la aplicación del mismo, así como de los estudios periódicos para evaluar su eficacia.
- Ámbito asistencial, profesionales a quienes va dirigido el protocolo y ámbito de aplicación del mismo.
- Población diana, en el que se define el grupo de la población hacia el que va dirigida la actuación específica.
- Desarrollo o cuerpo del protocolo, se describe el proceso en sí mismo.

- Indicadores, monitorización planificada y periódica de aquellas variables relacionadas con la estructura, el proceso o el resultado de la atención.
- Glosario, con aquellos conceptos cuya explicación es necesaria para la correcta comprensión del documento.
- Bibliografía.
- Anexos.

3.1.3.- Aprobación y revisión del documento.

El coordinador del proyecto debe presentar el documento ante la Comisión Técnica para su posterior aprobación.

Se dispone de hasta tres años para la revisión del documento y pueden realizarse actualizaciones del mismo siempre y cuando los cambios a nivel de evidencia o recursos disponibles entre otros no sean significativos.

4.- PROTOCOLO MARCO INTERDISCIPLINARIO DE ACTUACIONES EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL EN LAS ILLES BALEARS – REGISTRO UNIFICADO DE MALTRATO INFANTIL (RUMI)

Desde el Observatorio de la Infancia, perteneciente al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, se contemplan varios protocolos de intervención a nivel estatal y territorial frente al maltrato infantil y el ASI.

En las Illes Balears, el Protocolo de Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) es el instrumento básico para mejorar la atención y reducir la victimización que sufren los menores. Desde la Dirección General de Infancia, Juventud y Familias, puede accederse a la herramienta y notificar desde diferentes ámbitos profesionales la existencia, o sospecha de existencia, de maltrato infantil (Govern Illes Balears, s/f).

El Protocolo RUMI está dirigido a diferentes ámbitos de intervención y sigue un esquema básico de acciones interdependientes cuya aplicación depende del nivel de gravedad. Cada ámbito, incluido el educativo (al igual que el sanitario, incluye educación pública, privada y concertada), contiene las fases de detección y notificación, evaluación, tratamiento y seguimiento.

4.1.- Estructura

El documento consta de una portada en la que aparece el logotipo ideado *ex profeso* para el protocolo, el título, la fecha de finalización, el organismo del gobierno balear del que depende la elaboración y el idioma en el que se presenta dicha versión.

En la segunda página se encuentra el índice, no paginado, en el que figuran los 14 puntos que componen el protocolo.

A lo largo del documento, y del primer punto al último, encontramos:

Introducción, donde se justifica la elaboración de un protocolo específico para el ASI y la necesidad de unificar criterios generales e intervenciones llevadas a cabo en el marco de actuación interinstitucional en las Illes Balears, con el fin de aumentar la eficacia de los procesos judiciales, asistenciales y de protección y la reducción de la victimización secundaria de los/las menores. También se especifica que, a pesar de seguir unas directrices generales, las actuaciones deben adecuarse a las necesidades de cada ámbito de intervención.

Objetivo y principios reguladores, en el que consta tanto el objetivo principal como los específicos, así como las bases reguladoras a cumplir por instituciones y profesionales.

Marco normativo de referencia, que recoge todas las normativas a nivel internacional, estatal y autonómico que rigen el documento.

Definiciones, tipología y posibles situaciones de maltrato infantil, comenzando con la definición de los elementos estructurales del trabajo, como son protocolo, maltrato infantil y aquellos indicadores de maltrato recogidos por el Observatorio de la Infancia; la tipología del maltrato se clasifica según los autores en familiar, extrafamiliar, institucional y social, según la intensidad en maltrato como leve/moderado y grave o urgente, y según las acciones u omisiones concretas que constituyen el maltrato en maltrato físico, negligencia, maltrato emocional y abuso/agresión sexual. Además, se describen las posibles situaciones de maltrato, es decir, si hay sospecha de maltrato o evidencias claras del mismo, o si son casos urgentes o no urgentes en base a las medidas a adoptar.

Actuaciones y elementos necesarios, a lo largo de 13 puntos se marcan las actuaciones correspondientes derivadas del marco normativo y los elementos organizativos necesarios para su implementación.

Agentes participantes, todas aquellas instituciones que se comprometen al desarrollo del protocolo, desde organismos gubernamentales, a instituciones judiciales o colegios profesionales.

Procedimiento de actuación, dirigido a todas las áreas y ámbitos de actuación, bien sea social, educativo, sanitario o policial; se organiza la actuación en cuatro subapartados, como son detección y notificación, evaluación, tratamiento y seguimiento y alta.

Detección y notificación, se especifican los ámbitos de intervención que intervienen en este subapartado; además, en el subapartado de detección, vital para el inicio del proceso, se muestra la importancia del conocimiento específico por parte de los profesionales cara a una detección precoz; el subapartado de notificación define el término en sí mismo, el procedimiento a seguir, y establece la hoja de notificación como medio para el registro y la denuncia de maltrato infantil en base a la tipología descrita anteriormente (RUMI).

Evaluación, se definen los requisitos mínimos que caracterizan la actuación ante un caso de maltrato, y se divide la evaluación y los ámbitos de actuación implicados en base a dos variables, es decir, en si el ASI es leve/moderado o grave/urgente y en si es sospechado o hay evidencia clara de maltrato.

Tratamiento, por parte del servicio de protección de menores para los casos sobre los que se hayan adoptado medidas de protección y la Unidad de Tratamiento de Abuso Sexual Infantil (UTASI) para los casos sobre los que no se han adoptado medidas y que incluye tratamiento a nivel individual, grupal y el asesoramiento a familias en ambas modalidades.

Seguimiento y alta, define los ámbitos de actuación en caso de maltrato infantil y discrimina entre maltrato leve/moderado y grave; en caso de abuso/agresión sexual, marca las pautas para los ámbitos educativo y sanitario.

Recomendaciones y propuestas, remarcando la necesidad de evitar la victimización secundaria, la adaptación del lenguaje a las características del menor, el compromiso de las instituciones, tanto en la formación de profesionales como en destinar recursos para la implementación del protocolo, y en la necesidad de unidades especializadas en ASI dentro de los ámbitos implicados entre otras cosas.

Seguimiento del protocolo, se constituye una comisión de seguimiento formada por todos los organismos firmantes; se propone una reunión anual con diferentes objetivos, desde la revisión del protocolo a la elaboración de estudios o propuestas en base a nuevas necesidades detectadas, etc.

Anexos, con las hojas de detección de riesgo y maltrato infantil específicas para cada ámbito de actuación; hoja de identificación de riesgo en la embarazada y el recién nacido.

Una vez analizado el protocolo RUMI, y aunque se detectan errores de formato, como la falta de logotipos institucionales o el código, y diferencias en la distribución de contenido, encontramos que se cumplen la mayoría de las indicaciones de elaboración de este tipo de documentos reflejados en la Guía para la elaboración de protocolos del Servicio Madrileño de Salud.

A reseñar la falta de definición de “menor”, aunque se sobreentiende que es en base a la perspectiva legal o jurídica.

4.2.- Ámbitos de aplicación

Son cuatro los ámbitos de aplicación del protocolo RUMI, el sanitario, el educativo, el policial y el de servicios sociales. En el año 2010 se publican cuatro guías específicas bajo el título común de *Guía para la detección y notificación del maltrato infantil*. A partir de aquí, y aunque parte del contenido de las guías es compartido por todas ellas, se establecen las actuaciones pertenecientes a cada ámbito concreto.

La mayor diferencia entre los ámbitos policial, sanitario o de servicios sociales y el ámbito educativo es que, al ser un entorno en el que el menor pasa la mayor parte del día, actúa como un importante agente a la hora de detectar comportamientos desadaptativos o indicadores de riesgo. Por ello, deben dedicarse recursos para la prevención, la detección y la intervención dentro de las aulas.

Dentro de la comunidad educativa, la carencia de protocolos internos dirigidos al ASI hace que los/as profesionales no tengan claros los roles, las responsabilidades y los canales de comunicación en caso de sospecha o detección de ASI. Los/las docentes parecen identificar correctamente el protocolo RUMI como dirigido al ASI intrafamiliar, pero cuando nos referimos al ASI perpetrado en la propia institución escolar empiezan a surgir las dudas. Aunque el resultado final debe ser el mismo, es decir, poner el caso en conocimiento de los servicios sociales y las autoridades responsables, la carencia de protocolos internos puede hacerles parecer cómplices del abuso (Síndic de Greuges de Catalunya, 2006).

Además, no debe obviarse la parte de prevención del ASI en las instituciones educativas. El estudio realizado con una muestra por Fontarigo, Pérez-Lahoz & González-Rodríguez (2018), determina que un 14% del profesorado no detecta bien las situaciones de abuso en las que existe uso de la fuerza y contacto con penetración con el/la alumno/a. Un 16% no reconoce situaciones de abuso en las que no existe violencia o intimidación por parte del/la abusador/a.

La importancia de detectar el ASI desde las aulas radica en que la totalidad de la población infantil entre 3 – 16 años está escolarizada. Por ello, es vital que el profesorado reciba formación sobre la detección de los abusos y las formas de actuación, tanto si es una sospecha como si existen evidencias del abuso sexual.

Existen varios indicadores que se observan con más frecuencia en el ámbito escolar, como pueden ser que el/la menor no quiera volver a casa, no habla de sí mismo/a, falta a clase, llega tarde o se escapa, presenta cambios bruscos en el rendimiento escolar, etc.

Aunque de nada sirve si, tras detectar y poner en conocimiento de la institución educativa el posible caso de ASI, esta no lo comunica a las autoridades pertinentes. La protección del menor debería ser prioritaria. Si el ASI es extrafamiliar, el centro escolar debe ponerlo en conocimiento de los/as progenitores/as o tutores/as legales. Si, por el contrario, el ASI es intrafamiliar, la institución educativa debe colaborar con los servicios comunitarios pertinentes (Govern Illes Balears, s/f).

La formación del profesorado respecto a indicadores de riesgo, y la formación de las familias y del alumnado son vitales a la hora de visibilizar, prevenir y/o denunciar posibles casos de ASI.

Como medidas a tomar para prevenir el ASI, pueden llevarse a cabo entrevistas adecuadas a la hora de seleccionar el personal, petición de antecedentes penales para aquellos puestos en los que se esté en contacto con los/as menores, establecerse prácticas adecuadas de contacto físico, evitar quedarse a solas con los/as niños/as o no guardar de manera personal archivos multimedia en los que salgan los/as menores entre otros (Guerrero-Acosta & Fernández-Barba, 2016).

Conclusiones

Si bien existe cada vez mayor conciencia social sobre el maltrato infantil y el ASI, la problemática a la hora de establecer una definición operativa común a todos los contextos encargados de su estudio, unida a los múltiples ámbitos de actuación desde el que se debe abordar el problema, dificulta la comprensión y la eliminación de mitos y tabúes al respecto.

Si comparamos los distintos protocolos y guías existentes a nivel estatal y autonómico para la prevención, detección y actuación frente al ASI, podemos observar que mantienen una estructura común. La parte más trabajada del documento es aquella dirigida a la definición, tipología y epidemiología del ASI, seguida del marco legal de

referencia, y se dedica una menor extensión a las actuaciones que se deben llevar a cabo en cada caso específico.

Una de las razones que puede llevar a esta diferencia es el enfoque de las actuaciones, más dirigidas al control y a la reducción de daños y menos a la prevención. Es por ello que todos los protocolos a disposición de los/las profesionales mantienen una estructura basada en indicadores médicos y/o policiales, es decir, orientadas a pruebas objetivables y consecuencias punitivas del hecho en sí.

Por tanto, las limitaciones de esta revisión parten de la falta de homogeneidad respecto a la normativa para la elaboración de protocolos. No se puede afirmar si el Protocolo Marco Interdisciplinario de actuaciones en casos de maltrato infantil en las Illes Balears cumple la normativa estatal para la elaboración de protocolos porque no existe una guía específica al uso, ni tan siquiera a nivel autonómico.

La incapacidad para reflejar los principales ámbitos de actuación ante un caso de ASI, como puede ser la actuación psicológica, así como la no actualización a nuevas formas de acceso que pederastas y pedófilos utilizan a través de Internet, como el *online sexual grooming*, en el que el adulto se hace pasar generalmente por otro menor para iniciar una relación sexual virtual, lleva a plantear si los tiempos de revisión, de hasta 3 años, son los correctos para el problema social que nos ocupa.

Si el nuevo Proyecto de Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, remitida para su aprobación a las Cortes Generales el 09/06 de 2020, establece un nuevo paradigma de prevención y protección común frente a la vulneración de los derechos de los niños y las niñas, priorizando la prevención como principal vía para evitar la violencia que sufren los menores y el reforzamiento del conocimiento para la detección precoz, los protocolos existentes son insuficientes al carecer de una parte fundamental de la normativa actual.

Por tanto, y una vez analizado lo anterior, considero la necesidad de talleres y/o seminarios de formación del profesorado, así como de protocolos internos de actuación ante casos de maltrato infantil extrafamiliar.

Además, y teniendo en cuenta la fragilidad de la población diana, debe considerarse la necesidad de talleres y/o seminarios específicos para la población estudiantil adaptados a la edad y capacidad de razonamiento.

Para finalizar, creo más que necesaria la necesidad de estandarización de los Protocolos de intervención contra el ASI, así como plazos de revisión de protocolos más limitados, la inclusión del ámbito de la Psicología en los protocolos como entidad propia y no derivado de actuaciones médicas y la inclusión de nuevos estudios y formas de maltrato infantil.

5.- BIBLIOGRAFÍA

- Abdalá, A. L., Llaguno, D. A. M., & Muñoz, A. C. (2013). El maltrato infantil Conceptos básicos de una patología médico social legal. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 56(6), 5-10.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (5a Ed)*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Benavente, B., Casado, S., Orte, C., & Ballester, L. (2016). *Prevalencia del abuso sexual en la infancia*. Ediciones Octaedro, SL.
- Bofill, A., & Cots, J. (1999). *La Declaración de Ginebra. Pequeña historia de la primera carta de los derechos de la infancia*. Comissió de la Infància de la Justícia I Pau. Barcelona.
- Cantón-Cortés, D. (2014). Prevalencia y características de los abusos sexuales a niños. *Archivos de criminología, criminalísticas y seguridad privada*, 12, 1-7.
- Casanovas, S., & Torelló, J. L. O. (2014). *La infancia en las Islas Baleares 2014: bienestar e inversión, aspectos clave para los derechos de la infancia*. UNICEF Comité Baleares.
- Costa, J. A., Gimeno, B. A., Rivera, S. A., Caro, I. D., Piédrola, M. M., & Ruiz, M. M. (2012). *Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros*. de Catalunya, S. D. G. (2006). *Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors*. Recuperado de <http://www.sindic.cat/site/files/156/ptotocolsmenorscat.pdf>.
- De Manuel Vicente, C. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Pediatría atención primaria*, 19, 39-47.
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, (43-44), 75-82.
- Espíndola, B. (2017). *Abuso sexual infantil intrafamiliar: l entorno familiar no abusivo y la cuestión del rol materno*.
- Expósito Bosch, A. (2018). *Prevención del abuso sexual infantil. Modelo para docentes de escuelas de educación infantil y primaria*.

- Fernández, M. L., Carrera, M., & Failde, J. (2008). Abusos sexuales a menores: Estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. ICEV. Revista d'Estudis de la Violencia, 6(4).
- Finkelhor, D. (2008). Abuso sexual al menor. Editorial Pax México.
- Fonrodona, M. P. (1995). Abuso sexual infantil: una revisión de la literatura y la investigación.
- Fontarigo, R. R., Pérez-Lahoz, V., & González-Rodríguez, R. (2018). El abuso sexual infantil: opinión de los/as profesionales en contextos educativos. Revista Prisma Social, (23), 46-65.
- Forero, L. C. A., Araújo Reyes, A. P., Godoy Díaz, A. P., & Vera Rueda, M. E. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. MedUNAB, 13(2), 103-115.
- Gil Arrones J, De Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 267-275.
- Goicoechea, P. H., Náñez, A. S., & del Molino Alonso, C. (2001). Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. Save the children.
- Govern Illes Balears. (s/f). Registro Unificado de Maltrato Infantil de las Illes Balears (RUMI). Recuperado de: <http://www.caib.es/sites/rumi/es>
- Guerrero-Acosta, C. & Fernández-Barba, A.M. (2016). Guía para la elaboración de protocolos de prevención y actuación frente al abuso sexual infantil en centros educativos y otros servicios que atienden a niños y adolescentes.
- Herrera, C. R., & Parra, A. F. (2011). Abuso sexual infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. Psicología conductual, 19(1), 7.
- Hierro Lías, I. D. (2018). Análisis de los protocolos y guías de práctica clínica sobre el abuso sexual infantil en España. Revisión narrativa.
- Intebi, I. (2011). Abuso sexual. En las mejores familias. Buenos Aires: Editorial Granica.
- Janssen, D. F. (2008). Kinsey, el “desarrollo sexual” y la angustia americana por la infancia. Anuario, 59.
- Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia. Zona próxima, (8), 108-123.
- Losada, Analia Veronica (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. Revista de Psicología GEPU, 3 (1), 201-229.

- Lozano-Vicente, Agustín. (2016). Los derechos del niño: cuestiones sobre su fundamentación. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 67-79.
- Monté Batalla, B. (2017). *Abusos sexuales de menores: análisis del caso en el Colegio Maristas-Sants Les Corts*, de Barcelona.
- Observatorio de la Infancia. (2006). Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil – ChildONEurope. Recuperado el 06.09.2020 de:
<https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/recogidaDatosMaltratoInfantil.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Maltrato infantil. Recuperado el 06.09.2020 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (s/f). Convención de los Derechos del Niño. Recuperado el 05.09.2020 de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- Pereda, N. (2010). El espectro del abuso sexual en la infancia: definición y tipología. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 16, 69-78.
- Pereda Beltran, Noemí (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2),191-201.
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 417-426.
- Pinheiro, P. S. (2011). Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños y niñas. Naciones Unidas.
- Rodríguez Navarro, L. (2011). Hacia una comprensión contemporánea del abuso sexual infantil: Un diálogo necesario entre la Psicología y el Derecho. *Cultura educación y sociedad*, 2(1).
- Rodríguez, V., Román, Y. & Escorial, A. (2012). Infancia y justicia: una cuestión de derechos. Save the Children España. Recuperado el 05.09.2020 de: <http://www.cje.org/descargas/cje3143.pdf>
- Sáez Martínez, G. J. (2015). Aproximación histórica a los abusos sexuales a menores.
- Sarmiento, I. V. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16(30), 451-470.

- Save the Children. (2012). Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales.
- Socias, M. D. C. O., Benavente, B., Casado, S., & Brage, L. B. (2012). Abús sexual infantil en estudiants universitaris. *Anuari de l'Educació de les Illes Balears*, (2012), 254-267.
- Subijana, I. J., & Echeburúa, E. (2018). Los menores víctimas de abuso sexual en el proceso judicial: el control de la victimización secundaria y las garantías jurídicas de los acusados. *Anuario de Psicología Jurídica*, 28(1), 22-27.
- UNICEF. (2015). Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños. Resumen.