



Àmbit social i criminològic

CENTRE D'ESTUDIS JURÍDICS
I FORMACIÓ ESPECIALITZADA

Ausiàs March, 40
08010 Barcelona
TEL. 93 207 31 14
FAX: 93 207 67 47



Generalitat de Catalunya
Departament de Justícia

Ayudas a la investigación 2011

Victimología del desarrollo

Incidencia y repercusiones de la victimización
y la polivictimización en jóvenes catalanes

Autoras

Noemí Pereda Beltrán, Judit Abad Gil
y Georgina Guilera Ferré

Año 2012

Victimología del desarrollo

Incidencia y repercusiones de la
victimización y la polivictimización en
jóvenes catalanes

Noemí Pereda Beltrán

Judit Abad Gil

Georgina Guilera Ferré

Año 2011

El Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada ha editado esta investigación respetando el texto original de los autores, que son responsables de su corrección lingüística.

Las ideas y opiniones expresadas en la investigación son de responsabilidad exclusiva de los autores, y no se identifican necesariamente con las del Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.

Aviso legal

Los contenidos de esta investigación están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 2.5 España de Creative Commons, cuyo texto completo está disponible en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.es>.

Así pues, se permite la copia, distribución y comunicación pública siempre que se cite el autor del texto y la fuente (Generalitat de Catalunya. Departamento de Justicia. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada), tal como consta en la citación recomendada incluida en cada artículo. No se pueden hacer usos comerciales de ella ni obras derivadas.

Resumen en castellano:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/deed.es>

Índice

1. Introducción	6
2. Objetivos.....	8
3. Marco teórico y conceptual.....	9
3.1 Victimología del desarrollo.....	10
3.2 Victimización infantil: definición y tipología.....	16
3.2.1 Definición	16
3.2.2 Tipología	19
3.3 Victimización sexual infantil: definición y tipología	25
3.3.1 Definición	25
3.3.2 Tipología	27
3.4 Incidencia de la victimización infanto-juvenil en España	32
3.5 Consecuencias de la victimización infanto-juvenil.....	33
3.5.1 Consecuencias de la victimización de menores	33
3.5.2 Vulnerabilidad y protección en menores víctimas.....	38
4. Hipótesis.....	40
5. Diseño de la investigación.....	41
5.1 Selección de la unidad de análisis.....	41
5.2 Características de la muestra	42
5.2.1 Edad y sexo	42
5.2.2 Motivo de consulta	43
5.2.3 Contexto sociocultural	43
5.3 Límites territoriales y temporales de la investigación	45
5.4 Metodología	45
5.4.1 Instrumentos	45
5.4.2 Procedimiento.....	47
5.4.2.1 Fase de diseño	47
5.4.2.2 Fase de ejecución.....	48
5.5 Planificación y recursos	49
5.5.1 Cronograma	49
5.5.2 Equipo de investigación.....	50
6. Resultados.....	51
6.1 Prevalencia de la victimización a lo largo de la vida.....	51
6.1.1 Prevalencia: resultados generales.....	51
6.1.2 Prevalencia: resultados según áreas de victimización	52
6.1.3 Victimización según la edad de inicio	56

6.1.4 Grado de malestar en el momento de producirse la victimización	60
6.2 Victimización en el último año	63
6.2.1 Incidencia: resultados generales	63
6.2.2 Incidencia: resultados según áreas de victimización	63
6.2.3 Características de la victimización: ocurrencia de los episodios	67
6.2.4 Características de la victimización: lesiones físicas del último episodio.....	71
6.2.5 Características de la victimización: victimarios en el último episodio	73
6.3 Perfil de los adolescentes polivictimizados.....	80
6.4 Relación entre victimización y psicopatología	86
7. Conclusiones	90
8. Propuestas.....	99
9. Agradecimientos	105
10. Referencias bibliográficas.....	106

«Children are arguably the most criminally victimized people in society.»
David Finkelhor

1. Introducción

Uno de los problemas de salud pública más graves a los que tiene que enfrentarse la sociedad es cómo abordar los efectos traumáticos de la victimización en sus integrantes más vulnerables: niños y adolescentes (MacMillan, 1998). A pesar de la existencia de la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 1989, ratificada por España en 1991, algunos expertos afirman que la infancia sigue encontrándose en situación de riesgo ante acontecimientos violentos, especialmente aquellos referidos a violencia interpersonal, y son un colectivo vulnerable a diversas manifestaciones de esta violencia (Finkelhor [et al.] 2005a). Esta vulnerabilidad infantil ha promovido una reciente línea de estudio denominada *victimología del desarrollo* (Finkelhor, 2007) que se pone de manifiesto en los casos de malos tratos físicos intrafamiliares, tanto directos como indirectos, mediante la exposición a situaciones de violencia entre los progenitores, en la experiencia de abuso y explotación sexual, en el acoso en Internet y en el «bullying» o acoso escolar por parte de iguales, entre otros.

El impacto que sobre niños, niñas y jóvenes tienen estas victimizaciones es mucho mayor que sus efectos inmediatos y visibles, que afectan no solo al menor y a su familia, sino también a la sociedad en su totalidad (Finkelhor y Hashima, 2001). En este contexto, se ha producido un creciente interés por el fenómeno de la victimización tanto a nivel nacional (Baca y Cabanas, 2003; Sanmartín, 2002) como internacional (Kendall-Tackett y Giacomoni, 2005), aunque la mayoría de estos trabajos se han centrado en un único tipo de victimización, fragmentándose la investigación en el campo de la victimología del desarrollo, e impidiendo considerar los frecuentes y graves casos de polivictimización, o acumulación de diferentes tipos de victimización en la vida de un niño o una niña, y sus consecuencias a lo largo de su desarrollo. El impacto de estas victimizaciones múltiples en la salud mental del individuo parece ser enorme. Referido a esta cuestión, destaca el trabajo de Turner, Finkelhor y Ormrod (2006). Como afirma Finkelhor (2007), para algunos/as

niños y niñas la experiencia de violencia es más una condición vital permanente que un acontecimiento puntual.

Establecer la incidencia de la victimización en los grupos de edad más jóvenes es una necesidad imperiosa en nuestro país, dado que los estudios llevados a cabo hasta el momento se han centrado, preferentemente, en encuestas dirigidas a grupos de edad adultos (Luque Reina, 2006), y existe un gran desconocimiento social respecto a la extensión de la victimización en niños, niñas y adolescentes.

Por otro lado, la identificación de aquellos casos de polivictimización es indispensable, a fin de conocer la gravedad del impacto que estas victimizaciones múltiples pueden tener en el correcto desarrollo del joven y permitir la elaboración de programas de atención a víctimas juveniles más específicos y centrados en perfiles de riesgo determinados.

Con este proyecto se aportará nuevo conocimiento sobre el impacto de la victimización en la salud mental y la acumulación de experiencias de violencia interpersonal a lo largo de la infancia en Cataluña, identificando un grupo de individuos en riesgo de múltiples consecuencias adversas. Además, el proyecto proporcionará información sobre el efecto de la edad de inicio y la frecuencia de la victimización en la adaptación actual del joven y, por lo tanto, puede contribuir al diseño de programas de prevención dirigidos a las edades en que empieza a incrementarse el riesgo y también a la elaboración de programas de intervención más ajustados a las necesidades de las víctimas en función de las características de sus experiencias.

2. Objetivos

La presente investigación, surgida de la perspectiva teórica de la victimología del desarrollo, tiene como objetivo general establecer la incidencia de la victimización en jóvenes catalanes provenientes de consulta clínica, dado el desconocimiento que existe sobre las experiencias de situaciones de violencia interpersonal en este colectivo.

Las consecuencias psicopatológicas que acompañan a estas víctimas son graves y tienen importantes repercusiones en su desarrollo. Conocer aquellas variables, que parecen agravar el estado del individuo ante estos acontecimientos, resulta totalmente imprescindible.

El proyecto parte de la hipótesis de que la incidencia de victimización en adolescentes catalanes seguirá la línea de otros trabajos publicados al respecto en el ámbito internacional (Finkelhor [et al.], 2005a; Fundación Paz Ciudadana, 2004), en los que destacan las repercusiones negativas de esta experiencia en el estado psicológico de los jóvenes.

1. Estudio de la prevalencia e incidencia de la victimización en jóvenes procedentes de consulta clínica, atendiendo al sexo

Este objetivo pretende estimar la prevalencia y la incidencia de los diferentes tipos de experiencias de victimización en población clínica catalana, aportar las principales características de estas (edad de inicio y malestar vivido) y, posteriormente, analizar las diferencias entre chicos y chicas según el tipo de victimización.

2. Identificación de casos de polivictimización

Este objetivo pretende identificar los casos polivictimizados y analizar qué características sociodemográficas presentan, así como su perfil de victimización y clínico en comparación con otras víctimas.

3. Marco teórico y conceptual

La victimización de menores es una realidad a la que tenemos que enfrentarnos como sociedad y que puede llegar a suponer graves consecuencias negativas para el desarrollo de aquellos miembros más vulnerables: niños, niñas y adolescentes. La violencia hacia la infancia no es un problema reciente, aunque actualmente son múltiples los casos que aparecen en los medios de comunicación y de los que tenemos conocimiento. En mayor o menor medida, el maltrato en la infancia es una constante histórica, que se produce en todas las culturas y sociedades y en cualquier estrato social. No nos encontramos ante hechos aislados, esporádicos o lejanos, sino ante un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales que puede, incluso, llegar a desembocar en la muerte del niño o la niña (Finkelhor y Ormrod, 2001).

Desde el ámbito de la victimología, el estudio de la victimización infanto-juvenil no ha sido foco de interés hasta fechas muy recientes. Aunque es cierto que en la actualidad existe una mayor sensibilización social, una formación más especializada por parte de los profesionales y un importante desarrollo de programas de detección e intervención ante estos casos, la infancia sigue encontrándose en situación de especial riesgo ante la violencia (Finkelhor, 1995).

Existen una serie de falsas creencias o creencias erróneas sobre la violencia dirigida a menores, que influyen en la concepción que podemos tener de niños, niñas y jóvenes como víctimas y que determinan la forma en que afrontamos este problema (Finkelhor, 2008; Finkelhor y Dziuba-Leatherman, 1994). Estas creencias se refieren, principalmente, al hecho de que a) la victimización de menores es poco frecuente; b) la violencia afecta menos a niños, niñas y jóvenes que a adultos; y c) la violencia más frecuente es aquella que se da entre menores.

Son múltiples los estudios llevados a cabo sobre este tema que demuestran que la victimización de menores es más frecuente que aquella que

experimentan los adultos; que la violencia puede llegar a afectar al menor en múltiples áreas y perdurar a lo largo de todo su desarrollo; y que suele ser cometida por un adulto, habitualmente del entorno cercano al menor, que aprovecha esta relación de confianza para hacer daño al niño o la niña.

3.1 Victimología del desarrollo

Si consideramos las diversas etapas históricas transcurridas en la sociedad occidental observamos que, ya desde la Antigüedad, cuando se sacrificaban niños y niñas en rituales y otras ceremonias populares, o durante la Revolución Industrial, cuando niños y niñas trabajaban muy duramente durante largas jornadas laborales, en condiciones insalubres, la vida y el bienestar del menor han sido muy poco valorados. La mayoría de datos históricos que tenemos sobre el respeto a la infancia y a sus necesidades corroboran esta afirmación (Arruabarrena y De Paúl, 1999).

Hay que tener en cuenta la existencia de tres hechos importantes a lo largo de la historia de la violencia y el maltrato de menores, que conformarán las bases de la línea de estudio que, posteriormente, será definida como victimología del desarrollo y que se exponen a continuación.

A) Reciente reconocimiento profesional de la victimización infantil y sus efectos

El primer caso documentado a nivel judicial de maltrato infantil, y que mejor ilustra el tardío reconocimiento social de la victimización de niños y niñas, es el de Mary Ellen Wilson, en los Estados Unidos de América, a finales del siglo XIX. Mary Ellen fue una niña sometida a grave maltrato por parte de su madre y descubierta, hacia los ocho años, por una trabajadora de caridad. Este caso representó un conflicto legal en los Estados Unidos, dado que no existía ninguna legislación aplicable que permitiera proteger a la infancia. Se dice que fue la Sociedad Protectora de Animales, que ya existía en aquel momento, la que inició el proceso judicial recurriendo a la Ley contra la Crueldad hacia los Animales con el argumento de que la niña, como parte del reino animal, merecía tanta protección como un perro común (Simón, López y Linaza, 2000).

Hasta ese momento, el maltrato infantil era un problema desconocido por los profesionales, con las únicas aportaciones referentes por parte del médico forense Ambroise Tardieu (1860) y su descripción, basada en descubrimientos tanatológicos, de múltiples casos de menores con signos de malos tratos físicos, abuso sexual y negligencia. Aunque se encuentran publicaciones anteriores, en los primeros textos de pediatría, que describen lesiones en niños y niñas ocasionadas intencionadamente por sus cuidadores u otros adultos (véase Labbé, 2005), la importancia de su trabajo fue el reconocimiento de la elevada frecuencia de situaciones de malos tratos en niños y niñas, la descripción de las posibles consecuencias físicas y psicológicas de estas situaciones, así como el intento, en vano, de advertir a la comunidad médica de lo que él consideró, ya en su momento, un importante problema de salud pública.

Unos años más tarde, el radiólogo pediátrico John Caffey (1946) publica su descubrimiento de menores con múltiples fracturas óseas y otras lesiones a nivel subdural, sin aparentes problemas de salud que las pudieran ocasionar, y lo relaciona con un posible origen traumático, a pesar de la negación de los padres de estos niños y niñas. En 1953, otro radiólogo, Frederic N. Silverman, atribuye las fracturas denominadas «espontáneas», en menores con una estructura ósea normal, a traumatismos no accidentales causados por agresiones deliberadas o negligencia por parte de sus cuidadores. Hay que tener en cuenta que la idea de acto deliberado en la comisión de estas lesiones, propuesta por Silverman, forma parte de la definición actual de maltrato infantil.

Sin embargo, no será hasta 1962, con la aparición del artículo «*The battered child syndrome*» del pediatra Henry Kempe y su equipo cuando, por primera vez en la historia, se presenta el problema de la violencia hacia la infancia bajo el término «maltrato». El impacto de esta publicación contribuyó a la creación de leyes protectoras de la infancia y a importantes cambios en la visión profesional y social que existía sobre este tema. Y no será hasta casi dos décadas más tarde, en 1978, cuando Kempe volverá a publicar un artículo

revelador, «*Sexual abuse, another hidden pediatric problem*», destacando el gran desconocimiento social y profesional sobre este problema.

Los trabajos de todos estos autores fomentaron el cambio de pensamiento social y profesional respecto a la victimización de menores considerada, hasta aquel momento, como un fenómeno poco frecuente, de escasa gravedad y atribuido a personas con trastornos psicopatológicos o de una clase social determinada.

B) Cambio en la consideración del niño o la niña como propiedad y posesión del adulto

La construcción de la infancia como un periodo de la vida diferenciado y con derechos propios ha sido el resultado de una evolución lenta y progresiva sobre lo que es y lo que tiene que ser un niño o una niña, sus características particulares y sus necesidades específicas.

La consideración de los hijos como propiedad y posesión de los padres, de otras personas o incluso de instituciones, ha llevado a justificar las agresiones hacia la infancia como método aceptable de disciplina. Hay que añadir que esta visión del menor como objeto propiedad del adulto ha provocado la aparición del concepto de no intromisión en la vida familiar, que todavía permanece vigente en la actualidad y que dificulta enormemente el trabajo de los profesionales dedicados a la protección de la infancia, que son percibidos, tanto por la familia como por la sociedad en la que esta se encuentra, como agentes externos que interfieren en la dinámica de lo que debería ser un núcleo cerrado al exterior y con sus propias normas.

En este sentido, solo recientemente la evolución legal y jurisprudencial ha llevado a restringir progresivamente el derecho de corrección de los padres respecto a los hijos sometidos a la patria potestad. Esta evolución ha culminado en la Ley 54/2007, que ha modificado el artículo 154 del Código Civil, según el que, en su anterior versión, los padres podían corregir moderada y razonablemente a sus hijos menores de edad. Después de esta reforma, el citado artículo omite toda referencia al derecho de corrección, lo que ha suscitado cierta controversia social considerando la gran aceptación del castigo

corporal en nuestro país y a pesar de las secuelas adversas constatadas empíricamente respecto al uso del castigo físico con menores (véase el estudio meta-analítico de Gershoff, 2002).

C) Aprobación internacional de los derechos de los niños

La evolución de los derechos de los niños culmina en el siglo XX con el desarrollo de diversas legislaciones, tanto a nivel nacional como internacional, que incluyen el concepto de maltrato y su tratamiento como problema. Entre ellas destaca, por su relevancia en el tema que tratamos, la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España y publicada en el BOE nº 313 de 31 de diciembre de 1990.

La Convención reconoce a todos los niños y niñas como sujetos de derecho, y define la infancia como «todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo si ha obtenido antes la mayoría de edad a nivel legal» (Art. 1). La Convención ampara y defiende el derecho a ser niño, basándose en la necesidad de poder disfrutar de la infancia cuando corresponde para poder llegar a ser un buen adulto.

El artículo 19 establece que los niños y niñas deben ser protegidos contra «toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo», así como también establece la obligación de los Estados que ratifiquen la Convención de proteger a los niños y las niñas de estos malos tratos. Específicamente en relación a la victimización sexual, el artículo 34 subraya que «todos los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales», e incluye la explotación del menor en la prostitución, espectáculos o materiales pornográficos u otras prácticas sexuales ilegales. El artículo 39, por su lado, exige la adopción de las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica del menor, así como la reintegración social, de todo niño y/o niña víctima de abandono, explotación o abuso.

A nivel estatal, actualmente tanto la Constitución española como el Código Civil mencionan de forma explícita la protección a la infancia, así como la obligación de comunicar a la autoridad competente aquellos casos de malos tratos de los que se tenga conocimiento (véase el Cuadro 1).

Cuadro1. Art. 13 sobre obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva de la Ley Orgánica 1/96, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (BOE 17.01.96).

«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.»

Debemos hacer referencia, al mismo tiempo, a la nueva Ley de los Derechos y las Oportunidades en la Infancia y la Adolescencia, aprobada por el Parlament de Catalunya el 12 de mayo de 2010, y que, nuevamente, sitúa a niños y adolescentes como sujetos de derechos y oportunidades, actualizando la normativa que hasta entonces existía en este campo para adaptarla a las nuevas necesidades y circunstancias sociales. También debemos mencionar la reforma del Libro II relativo a la persona y la familia, del Código Civil de Cataluña, de 29 de julio de 2010, que ha hecho una importante aportación a la autonomía de los menores y sus capacidades, entre otros.

En este contexto surge el concepto de victimología del desarrollo (Finkelhor, 2007), que defiende que niños y niñas sufren las mismas victimizaciones que los adultos pero, al mismo tiempo, se encuentran en una posición de mayor riesgo para la vivencia, directa o indirecta, de muchas otras victimizaciones vinculadas, principalmente, a su nivel de dependencia, lo que nos lleva a considerarlos el grupo de edad más vulnerable en el ámbito victimológico.

Además de su posición de dependencia, las víctimas menores suelen caracterizarse por elevados o totales niveles de inconsciencia respecto a la victimización, lo que las convierte en víctimas ideales (Herrera Moreno, 2006), aspecto que tendrá importantes implicaciones en las consecuencias psicológicas y sociales que puedan derivarse. Cabe añadir que su debilidad física, su menor tamaño, su falta de autonomía y su total confianza en el adulto, pero especialmente, la tolerancia social que ha existido respecto a la violencia contra la infancia, han favorecido que la victimización infanto-juvenil sea más

frecuente de lo que inicialmente podría estimarse (Finkelhor [et al.], 2009), y existe una preocupación cada vez más insistente sobre la infancia y su calidad de vida.

El abuso sexual infantil ha sido una de las tipologías de maltrato más tardíamente estudiadas. La investigación sobre maltrato infantil se inició focalizándose, casi exclusivamente, en el análisis de los malos tratos de tipo físico (Arrubarrena y De Paúl, 1999). A pesar de ello, cuando se abusa sexualmente de un niño o una niña, no solo existe un daño físico, sino que generalmente existe también una secuela psicológica. A causa de la ausencia, en numerosas ocasiones, de un daño físico visible, así como de la inexistencia de un conjunto de síntomas psicológicos que permitan su detección y diagnóstico unívoco, el abuso sexual infantil ha sido una tipología victimológica difícil de estudiar. Además, se suman también las dificultades relacionadas con el tabú del sexo y, especialmente, al relacionar este con la infancia, así como el escándalo social que implica su reconocimiento (Díaz Huertas [et al.], 2000).

No obstante, el reconocimiento del abuso sexual infantil como victimización frecuente y con importantes y perdurables efectos psicológicos, tanto a corto como a largo plazo, ha dado lugar en la última década a un notable crecimiento de los estudios sobre este tema tanto a nivel nacional como internacional. Aunque en países como los Estados Unidos el estudio del abuso sexual infantil se inició hace ya algunos años (véanse, por ejemplo, los trabajos seminales de Finkelhor a principios de la década de los ochenta), en nuestro país el aislamiento sociopolítico y el escaso desarrollo de los sistemas de protección social durante el periodo de la dictadura han causado un retraso en el estudio de este tema y, sobre todo, en el conocimiento y la sensibilización social sobre esta cuestión (Arrubarrena y De Paúl, 1999).

Sin embargo, durante la última década han surgido importantes estudios que han favorecido el avance del conocimiento sobre el problema del abuso sexual infantil, así como el establecimiento de datos nacionales que han permitido la comparación con el resto de países occidentales (Pereda [et al.], 2009). Este creciente interés tanto a nivel profesional como en los medios de comunicación,

ha provocado un mayor conocimiento del problema y una mayor sensibilidad social.

3.2 Victimización infantil: definición y tipología

3.2.1 Definición

Para hablar de la definición de victimización infantil, desde una perspectiva clínico-social, no vinculada con la descripción jurídica del concepto, es preciso remontarse a la bibliografía sobre maltrato infantil ya que, históricamente, en esta perspectiva, este último ha sido el concepto más utilizado. Pero es preciso tener en cuenta que la victimización hace referencia a un conjunto más amplio de acontecimientos que el maltrato, siendo este una de las posibles formas de victimización. Matizar que cuando hablamos de victimización hacemos referencia a las formas de victimización interpersonal, y no a la derivada de desastres naturales o accidentes, enmarcándonos dentro de la denominada *victimología criminológica*.

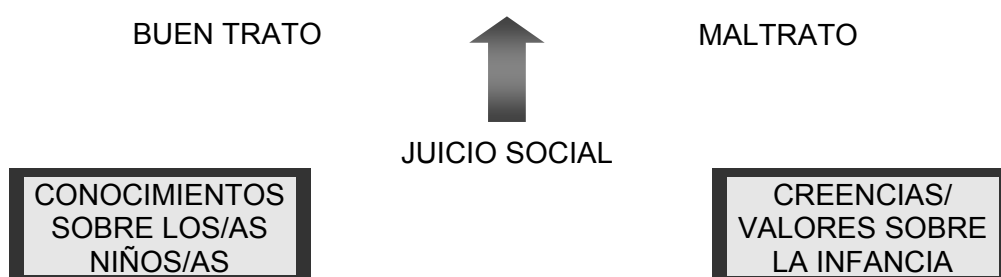
Una de las cuestiones a resaltar en el estudio de la victimización infanto-juvenil y, específicamente del maltrato y el abuso sexual, es la dificultad de su definición. ¿Qué consideramos victimización en la infancia? No existe una definición unificada y reconocida de maltrato y, por lo tanto, los profesionales suelen acogerse, e incluso en muchos casos llegan a establecer, aquella que mejor se ajusta a los objetivos de sus estudios (para una revisión de este tema véase Manly, 2005).

Esta multiplicidad de definiciones influye en todas las áreas de estudio de la victimología infanto-juvenil e imposibilita un entendimiento entre los diversos investigadores, así como la realización de comparaciones entre diferentes estudios. Las variadas áreas profesionales desde las que se ha considerado el problema (entre otras, médica, psicológica, jurídica) y las diferentes visiones al respecto, han sido una de las causas que ha generado esta diversidad de definiciones.

Por otra parte, en la definición de victimización infantil intervienen factores de índole cultural que inciden en la consideración y evaluación de la gravedad de determinadas conductas. Es muy difícil establecer los límites o la línea divisoria que separa el maltrato del trato adecuado, ya que esta división se basa en un continuo de conductas y no en categorías independientes (Whipple y Richey, 1997). El juicio social que se establece para considerar una determinada práctica de crianza como maltratante se configura a partir de dos variables dinámicas y en constante relación: (a) los conocimientos científicos respecto al crecimiento, desarrollo y necesidades evolutivas de la infancia, así como (b) las creencias, valores y criterios sociales que se expresan a través de normas explícitas e implícitas en relación a lo que deben ser los cuidados y la atención que es preciso proporcionar a los menores.

En este aspecto, cuanto más avanza la investigación respecto a las necesidades de la infancia, más se desarrolla una cultura que valora y tiene en cuenta sus atenciones y derechos. Al mismo tiempo, cuanto más se difunde una cultura que valora positivamente y respeta los derechos de los niños y las niñas, más se impulsa la investigación y el estudio sobre las necesidades de la infancia. El Cuadro 2 ilustra esta información.

Cuadro 2. Perspectiva histórico-cultural del maltrato (adaptado de Costa Cabanillas, Morales González y Juste Ortega, 1995).



Algunos estudios se han centrado en la presencia de lesiones físicas o psicológicas observables en el menor como criterio para considerar una situación como victimizante para el niño o la niña. Aunque son diversos los autores que sugieren que es preferible utilizar un continuo que incluya también posibles conductas o situaciones de riesgo, y no solo una categorización

dicotómica, con la finalidad de poder intervenir preventivamente sobre estos contextos de riesgo.

El *National Center on Child Abuse and Neglect* (1981) considera que «un niño o niña maltratado es aquel al que se le ha dañado el bienestar físico o mental, o existe la amenaza de hacerlo, con actos u omisiones de sus padres u otras personas responsables de su atención», centrándose en las consecuencias (el propio daño causado), y añadiendo al mismo tiempo el criterio de riesgo, e incluyendo todas las posibles formas de maltrato.

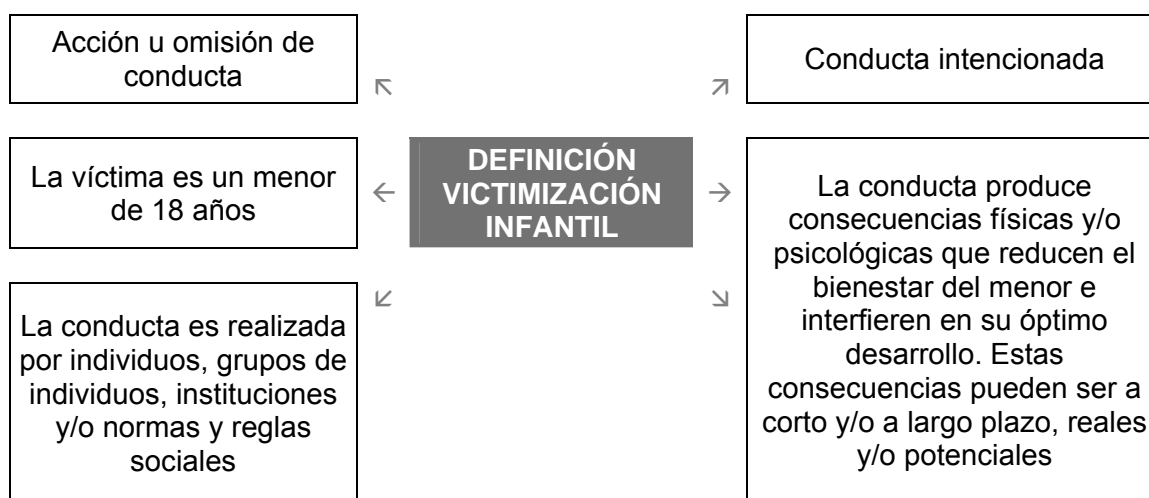
Es preciso tener en cuenta que el maltrato infantil, a pesar de verse influido por variaciones culturales, no es un problema relativo culturalmente, ya que existen estándares absolutos a nivel internacional, como la Convención Internacional de los Derechos del Niño, independientes de las normas culturales locales. En esta línea, Finkelhor y Korbin (1988) definen el maltrato infantil como «el daño causado a un niño que resulta de una acción humana proscrita, cercana y evitable». Con esta definición excluyen de la definición de maltrato todo aquel daño causado a un niño o una niña por causas naturales (no por acciones humanas), aprobadas socialmente (como una intervención quirúrgica) o ante las que no existe otra solución posible (por ejemplo, no prestar atención médica al niño o a la niña cuando faltan los medios para atenderlo/a en su cultura). La proximidad se refiere al hecho de que el maltrato se caracteriza por su realización cercana y directa sobre el niño o la niña (agresión física o abuso sexual), aunque algunos actos no tan cercanos al menor pueden ocasionarle un daño directo (por ejemplo, la ausencia de leyes que impidan la explotación laboral de el/la niño/a en un determinado país) y ser también considerados una forma de maltrato.

De la revisión de las definiciones expuestas se extraen aquellos referentes que debe tener la definición de maltrato infantil y, por extensión, la victimización infantil que, resumidos, son:

- Forma que adoptan: es necesario referirse tanto a las acciones como a las omisiones de conducta o negligencia.

- Víctima menor de 18 años, salvo si ha conseguido antes, en virtud de la ley que le sea aplicable, la mayoría de edad legal.
- Posibles victimarios (deben incluir todos los casos): padres, cuidadores o cualquier otro individuo, instituciones, y normas y reglas sociales.
- Intencionalidad de la conducta: aquellas acciones no intencionadas, accidentales, deben excluirse.
- Consecuencias de la victimización para la víctima, incluyendo tanto el daño real como el potencial: reducción del bienestar infantil, amenaza a las necesidades físicas y psicológicas, interferencia en el óptimo desarrollo del niño o la niña y posibles secuelas a largo plazo (véase Cuadro 3).

Cuadro 3. Definición de victimización infantil.



3.2.2 Tipología

No existe una única tipología de victimización infantil. Según la definición que tomemos como referente, obtendremos unas clasificaciones u otras, más o menos amplias. En todas ellas encontramos similitudes en cuanto a las tipologías principales, a pesar de ello, las múltiples diferencias en las subtipologías y la inclusión o no de unas u otras conductas como formas de victimización según los autores, dificultan enormemente la detección de los

casos, al tiempo que imposibilitan planes de actuación preventiva aplicables a nivel nacional. Destaca, sin embargo, la importancia de diferenciar entre formas de victimización, dado que algunos estudios constatan la existencia de diferentes consecuencias psicológicas asociadas a cada tipología (Pears, Kim y Fisher, 2008).

Una de las clasificaciones más utilizada, y que proviene de la bibliografía sobre maltrato infantil, es aquella que organiza los tipos de victimización en torno a dos grandes dimensiones: activa-pasiva y física-emocional (Arrubarrena y De Paúl, 1999). En este sentido, la victimización activa o maltrato activo implica una acción del victimario (física o psicológica), que causa un daño al menor o lo coloca en situación de grave riesgo de sufrirlo. Por otra parte, la victimización pasiva-negligencia se refiere a la omisión de acciones necesarias para el bienestar del menor.

Cuadro 4. Formas de victimización infantil (adaptado de Arrubarrena y De Paúl, 1999).

VICTIMIZACIÓN	ACTIVA	PASIVA
FÍSICA	Abuso físico Abuso sexual	Abandono físico (o negligencia física)
EMOCIONAL	Abuso emocional	Abandono emocional (o negligencia emocional)

En este esquema, y siguiendo a Arrubarrena y De Paúl (1995), el abuso *físico* es definido como «cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño lo coloque en grave riesgo de sufrirlo».

Por su lado, el *abandono o negligencia física* se define como «aquella situación donde las necesidades físicas (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) y cognitivas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño».

En tercer lugar, respecto al abuso sexual, y dadas sus especiales características victimizantes, será definido y analizado en profundidad en el apartado siguiente.

El abuso o *maltrato emocional* se refiere a la «hostilidad verbal crónica en forma de insulto, menosprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar».

Finalmente, el *abandono o negligencia emocional* es definido como la «falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable».

El *retraso no orgánico en el desarrollo* es frecuentemente considerado una consecuencia del maltrato emocional, activo o pasivo y se define como «aquellos casos en los que existen alteraciones en el desarrollo del niño o la niña sin que existan enfermedades orgánicas que las ocasionen. Estas alteraciones pueden manifestarse con un peso o altura bajos o un retraso de la pubertad durante la infancia y en la adolescencia, que se recuperan en un ambiente con la atención y los cuidados adecuados» (López, 1995).

Otros autores, ampliando la tipología básica de formas de victimización presentada (Arrubarrena y De Paúl, 1999), añaden nuevos tipos, vinculados con el constante desarrollo social y con una mayor sensibilidad de protección hacia la infancia y la adolescencia, como son los que se presentan a continuación.

Es preciso tener en cuenta el *maltrato prenatal* (también denominado abuso fetal; Kent, Laidlaw y Brockington, 1997), ya sea por acción u omisión, y definido como «aquellas circunstancias de la vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyan negativa y patológicamente en el embarazo y repercutan en el feto».

Destaca también el *maltrato laboral activo* o *explotación laboral* conceptualizado como la «utilización de niños para obtener beneficio económico, que implique explotación y el cumplimiento de cualquier trabajo que pueda entorpecer su educación o ser nocivo para su salud o desarrollo físico, mental, espiritual o social»; y el *maltrato laboral pasivo* «no atender a las necesidades educativas del niño y de formación para la vida laboral» (Díaz Huertas [et al.], 1999). Una tipología muy vinculada con esta forma es la mendicidad, referida a «aquellas situaciones en las que el niño es utilizado habitual o esporádicamente para mendigar, o bien el niño ejerce la mendicidad por iniciativa propia» (Jiménez Morago [et al.], 1995).

Es importante incluir también la *corrupción* como forma de victimización infantil y definida como «aquellas conductas de las personas que promueven en el niño pautas de conducta antisocial o desviada, particularmente en las áreas de la agresividad, la apropiación indebida, la sexualidad o el tráfico o el consumo de drogas» (Inglés, 2000).

También hay que añadir el *maltrato institucional*, entendido como «cualquier legislación, programa, procedimiento, o actuación o negligencia de los poderes públicos o derivada de la actuación individual profesional que comporte abuso, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia» (Díaz Huertas [et al.], 1999), aunque otros autores consideran las instituciones como posible agresor y no como tipología de maltrato.

La *incapacidad por parte de los cuidadores de controlar y manejar de manera adaptativa la conducta del menor*, también ha sido incluido por otros autores como forma de maltrato (De Paúl [et al.], 1995).

Uno de los tipos de victimización menos frecuente pero de extrema gravedad para la salud física del menor es la *sumisión a drogas o fármacos* o *Síndrome de Münchhausen por poderes*, referida a aquellos casos en los que «el menor es víctima de forma repetida de la simulación o provocación de síntomas de enfermedad, por parte de sus padres o cuidadores, sometiéndolo a controles

médicos y tratamientos innecesarios así como procedimientos diagnósticos habitualmente invasivos y nocivos» (véase Meadow, 1977).

Es preciso añadir una categoría de maltrato recientemente considerada que es el *menor expuesto a violencia familiar*, definido como aquellos/as niños o niñas y adolescentes que presencian de forma habitual las agresiones, ya sean físicas o emocionales, de un miembro de la familia hacia otro u otros. Aunque los estudios se han focalizado, especialmente, en la violencia de un progenitor hacia el otro, es importante tener en cuenta una nueva línea de estudio, centrada en las repercusiones que puede tener para un niño o una niña estar expuesto a las agresiones y abusos de uno de los progenitores hacia sus hermanos o hermanas (Finkelhor, 2007).

El «bullying» o *maltrato entre iguales* es otra de estas tipologías, definida como la «conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno contra otro, al que escoge como víctima de repetidos ataques. Esta acción negativa e intencionada, sitúa a la víctima en una posición de la que difícilmente puede salir por sus propios medios» (Olweus, 1993). Cabe destacar el denominado «ciberbullying» dentro de la adaptación de este tipo de victimización a la utilización de dispositivos electrónicos y nuevas tecnologías (Smith y Slonge, 2010).

Es preciso añadir el impacto psicológico que supone en los menores la *exposición a violencia comunitaria*, especialmente, a las guerras y al terrorismo. Esta tipología de victimización genera profundos sentimientos de terror en el menor, y violan la asunción humana básica de seguridad (Alkhatib, Regan y Barrett, 2007).

En relación con esta tipología, debe tenerse en cuenta la grave situación de victimización que experimentan los *menores desplazados y refugiados*. Son niños y niñas que han sido perseguidos y trasladados forzosamente de su comunidad de origen por causas de violencia política, sufriendo importantes situaciones de crueldad, racismo y prejuicios culturales, negligencia y privación, y abuso institucional, entre otros (McCallin, 1991).

Finalmente, destacan los llamados *menores soldado* o *utilización de los niños y las niñas en conflictos armados y atentados terroristas*. Se presupone que existen entre 300.000 y 500.000 menores de 18 años utilizados en conflictos armados y atentados suicidas en países de todos los continentes, desde Sierra Leona, a Afganistán, Colombia, Israel y Palestina o Turquía. Cabe destacar que cerca de la mitad de estos menores son niñas utilizadas como soldados, y al mismo tiempo víctimas de abusos y explotación sexual por parte de sus superiores y compañeros (Blom y Pereda, 2009).

Además de la multiplicidad de tipologías presentadas, cada autor las suele dividir en subtipologías, como por ejemplo en el caso del maltrato físico donde se contempla el síndrome del niño sacudido (*shaken baby syndrome*), que se produce en bebés de pocos meses al sacudir su cabeza bruscamente hacia adelante y hacia atrás, de forma que el cerebro golpea las paredes del cráneo lo que provoca hemorragias y múltiples lesiones cerebrales (Hennes, Kini y Palusci, 2001).

Por su parte, niños, niñas y jóvenes pueden ser víctimas de todas aquellas formas de victimización que quedan recogidas en los estudios realizados con adultos, especialmente delitos comunes, como hurtos y robos, vandalismo, amenazas e intimidación (Finkelhor, 2007).

A pesar de ello, tenemos que ser conscientes de que aquellas formas de victimización más comunes son las cometidas por adultos del entorno cercano del menor víctima, primordialmente aquellas llevadas a cabo por sus cuidadores principales, suponiendo estos, según los estudios, el 80% de los victimarios de menores (Finkelhor y Ormrod, 2000).

Destacar, por otro lado, que las víctimas de un único tipo de maltrato son muy poco frecuentes, siendo lo más común la combinación de diversos malos tratos en un mismo menor (Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995). Por ello, las tipologías no son, ni deben ser consideradas, mutuamente excluyentes, sino que permiten la incidencia de más de un tipo de victimización en cada caso individual. A pesar de ser un hecho aceptado por todos los profesionales que trabajan con menores víctimas (según Pears [et al.], 2008 cerca del 90% de los casos que

son conocidos por los sistemas de protección infantil han sido víctimas de múltiples formas de maltrato), es preciso tener en cuenta que los trabajos llevados a cabo hasta épocas recientes se han centrado en un único tipo de victimización (como puede ser el «bullying», el abuso sexual, o el maltrato físico), fragmentándose la investigación en el campo de la victimología del desarrollo e impidiendo considerar los frecuentes y graves casos de polivictimización o acumulación de diferentes tipos de victimización en la vida del niño o la niña, así como sus importantes consecuencias a lo largo del desarrollo. Como afirma Finkelhor (2007), tenemos que ser conscientes de que, para algunos menores, la experiencia de violencia es más una condición vital permanente que un suceso puntual.

3.3 Victimización sexual infantil: definición y tipología

3.3.1 Definición

En el ámbito de la victimización sexual, las dificultades para definir qué conductas podemos incluir en esta categoría son todavía más evidentes. Por una parte, los profesionales discrepan en múltiples criterios como la edad límite del victimario o la edad de la víctima, entre otros. Por otra parte, según el sector profesional en el que nos situamos, encontraremos definiciones más amplias (profesionales del ámbito social y de la salud) o más restrictivas (profesionales del ámbito policial y de justicia). Las dificultades, en muchos casos, para demostrar a nivel penal la existencia de este tipo de delitos sexuales contra un menor hace que, frecuentemente, no exista una correspondencia entre el concepto clínico y el concepto jurídico de este problema. Es preciso añadir que, desde el inicio de su estudio, la definición de victimización sexual ha ido variando y, en muchos casos, ampliándose para añadir nuevas tipologías anteriormente no incluidas. Destacar, a su vez, el efecto de la cultura en la definición de violencia sexual, especialmente en países que no pertenecen a la corriente de pensamiento occidental (Stainton Rogers, Stainton y Musitu, 1994).

Encontrar una definición adecuada para la victimización sexual resulta, sin embargo, trascendente, ya que de esta definición dependerán cuestiones de gran implicación clínica como la detección de los casos o las estimaciones

estadísticas que ilustran la gravedad del problema, entre otros (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Entendiendo que el abuso sexual infantil, es decir, aquella forma de victimización sexual en la que el victimario no utiliza violencia explícita con el menor, es la tipología de victimización sexual más frecuente y sobre la que existe más investigación, en nuestro país la mayoría de profesionales siguen los criterios propuestos por Finkelhor y Hotaling (1984) y ratificados por López (1994) para definir esta situación. Para estos autores los abusos sexuales de menores tienen que ser definidos a partir de dos grandes conceptos, como son la coerción y la asimetría de edad (véase el Cuadro 5).

Cuadro 5. Criterios de definición del abuso sexual infantil

COERCIÓN
Se refiere al contacto sexual mantenido con un menor mediante el uso de la manipulación, la presión, la autoridad o el engaño, y debe ser considerada criterio suficiente para etiquetar una conducta de abuso sexual, independientemente de la edad del victimario.
ASIMETRÍA DE EDAD
La asimetría de edad, o desigualdad madurativa, impide la auténtica libertad de decisión del menor e imposibilita una actividad sexual compartida, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas sobre la relación sexual muy diferentes. (Cantón Duarte y Cortés Arboleda, 2000)

La adopción de estos criterios facilita la detección de los casos y tiene la ventaja de incluir los abusos sexuales que cometen unos menores sobre los otros y que, en los últimos años, parecen ser un problema que los profesionales deben afrontar de forma frecuente (Sperry y Gilbert, 2005).

Aunque pueden aparecer dificultades a la hora de delimitar cuál es la diferencia de edad entre los participantes de una relación sexual para poder considerar que se está produciendo un abuso sexual, la mayoría de especialistas, siguiendo las recomendaciones de Finkelhor y Hotaling (1984), consideran una diferencia de edad de 5 años cuando el menor tiene menos de 13, y de 10 años si este tiene entre 13 y 16 años (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000; López, 1994).

En línea con estas ideas, el *National Center on Child Abuse and Neglect* propuso, ya en 1978, la siguiente definición (en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000) que considera que existe abuso sexual «en los contactos e interacciones entre un niño o niña y un adulto, cuando el adulto (victimario) usa al niño o la niña para estimularse sexualmente él mismo, al niño o niña o a otras personas. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente más mayor que el niño o la niña (la víctima) o cuando (el victimario) se encuentra en una posición de poder o control sobre otro menor». Esta definición es ampliamente utilizada, ya que permite incluir dentro del concepto de abuso sexual infantil los criterios de coerción y asimetría de edad, así como los contactos sexuales, las formas de explotación sexual (pornografía y prostitución infantil, entre otras) y la presencia de conductas sin contacto físico.

3.3.2 Tipología

Existen múltiples conductas y situaciones que pueden incluirse dentro de lo que podríamos denominar el espectro de la victimización sexual infantil. Los cambios sociales y tecnológicos dan lugar, a su vez, a nuevas tipologías que los profesionales deben conocer para su correcta detección, diagnóstico y tratamiento.

Dentro de las tipologías de victimización sexual se incluyen tanto las conductas que implican *contacto físico* (caricias, masturbación, penetración oral, anal o vaginal), como aquellas que *no implican directamente este contacto* (proposiciones verbales explícitas, exhibir los órganos sexuales a un niño o una niña con el propósito de obtener excitación o gratificación sexual, realizar el acto sexual intencionadamente ante la presencia de un menor, masturbarse en presencia de un niño o una niña, utilización del menor para la creación de materiales pornográficos). La existencia de abusos con contacto físico, destacando la penetración oral, anal o vaginal como una de las experiencias con un efecto más traumático, ha sido constatada como una variable de riesgo para el desarrollo de psicopatología en la víctima (Mennen y Meadow, 1995).

Por otra parte, el abuso sexual puede ser *intrafamiliar*, también denominado incesto, y que se produce cuando «el contacto físico sexual o el acto sexual es realizado por un pariente de consanguinidad (padre/madre, abuelo/abuela) o por un hermano/a, tío/a, sobrino/a. Se incluye también el contacto físico sexual con figuras adultas que estén cubriendo de manera estable el papel de figuras parentales»; o *extrafamiliar*, que se produce cuando existe contacto sexual entre un adulto y un menor exceptuando los casos señalados en el incesto (Fischer y McDonald, 1998). Es preciso tener en cuenta que la existencia de una relación estrecha, de intimidad y confianza, entre agresor y víctima antes del abuso y, especialmente, que el agresor pertenezca a la propia familia, destacando por su elevada frecuencia la figura paterna, es una de las variables que implica un mayor riesgo de problemas psicológicos posteriores (Mennen y Meadow, 1995).

Tendríamos también abusos *agudos*, que el menor padece en una única ocasión, habitualmente llevados a cabo por agresores desconocidos, o *crónicos*, referidos a aquellos que se producen en más de una ocasión, pueden prolongarse largos periodos de tiempo y suelen ser cometidos por conocidos del menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Estudios recientes incluyen una nueva categoría, dentro del abuso sexual sin contacto físico, como es la *exposición involuntaria a material sexual en Internet* (Mitchell, Finkelhor y Wolak, 2001). En este caso no existiría un agresor directo, sino que el menor, por sí solo, al utilizar Internet para chatear, buscar información o jugar, es expuesto de forma involuntaria a un material con escenas sexuales explícitas. Sabina, Wolak y Finkelhor (2008) encontraron que un 93% de los chicos y un 62% de las chicas a los que entrevistaron habían estado expuestos a pornografía en Internet, generalmente antes de la mayoría de edad, confirmando la elevada frecuencia de este tipo de victimización, así como el malestar psicológico que provoca en los menores evaluados.

Es evidente que el uso de las nuevas tecnologías, destacando la utilización de Internet como herramienta escolar y de juego y el uso de teléfonos móviles, es una realidad para nuestra juventud, y se convierte en un nuevo y excitante espacio donde relacionarse y explorar el mundo, aunque es importante advertir

sobre sus riesgos y los peligros potenciales que implica un mal uso de estos recursos. Es preciso destacar, en este contexto, el acoso *sexual de menores a través de Internet* u «online grooming», recientemente introducido como tipo delictivo desde la reforma del Código Penal operada por la LO 5/2010, de 22 de junio¹, dentro del Libro Segundo, Título VIII *Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales* y se refiere a «el que a través de Internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un **menor de trece años** y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 178 (agresión sexual), 183 (abuso sexual) y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento» (Art. 183 bis). Atendiendo a esta definición, el acosador debe mostrar su intención de cometer un delito de agresión, abuso sexual o utilización del menor para hacerlo participar en espectáculos exhibicionistas o pornográficos, exigiéndose para su punibilidad que este contacte y reciba una respuesta del niño, la niña o el/la adolescente menor de 13 años y que su conducta de acoso se sitúe más allá del mundo virtual y trascienda a conductas en el mundo real, como citarse con el menor. Por lo tanto, se establece como punible el acto preparatorio para la comisión de los otros delitos contra la libertad sexual. La naturaleza de este delito sería de peligro, ya que el delito se configura no atendiendo a la lesión efectiva del bien jurídico sino a un comportamiento peligroso para el menor (Dolz, 2011).

Desde la perspectiva de la victimología del desarrollo, el «online grooming», también llamado «online sexual solicitation», se entiende, de una forma más amplia que la establecida como punible por el Código Penal, y se define como el proceso por el que un individuo entra en contacto con un menor a través de Internet, estableciendo una relación con este de aparente amistad, con la intención de mantener conductas sexuales en línea o citarse en el mundo real para cometer abusos sexuales (Webster [et al.], 2010).

En esta línea, otros estudios han analizado las características y los efectos psicológicos de las *llamadas telefónicas obscenas*. Esta tipología de abuso

¹ Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 23 de junio de 2010, nº 152, p. 54811

sexual sin contacto físico parece comportar un importante malestar psicológico en los menores a los que se entrevistó, especialmente cuando se repite en el tiempo y el menor obedece las órdenes del acosador, así como una tendencia a ocultar esta experiencia por sentimientos de incomodidad y vergüenza (Larsen, Leth, y Maher, 2000).

Destacar el reciente «sexting», compuesto por las palabras inglesas «sex» y «texting», en referencia al uso de teléfonos móviles con cámaras incorporadas para producir y distribuir imágenes de uno mismo, o de otros, en una postura o actitud provocativa que manifiestan una clara intención sexual (Agustina, 2010) y que puede comportar graves consecuencias para el estado emocional y el desarrollo del menor implicado.

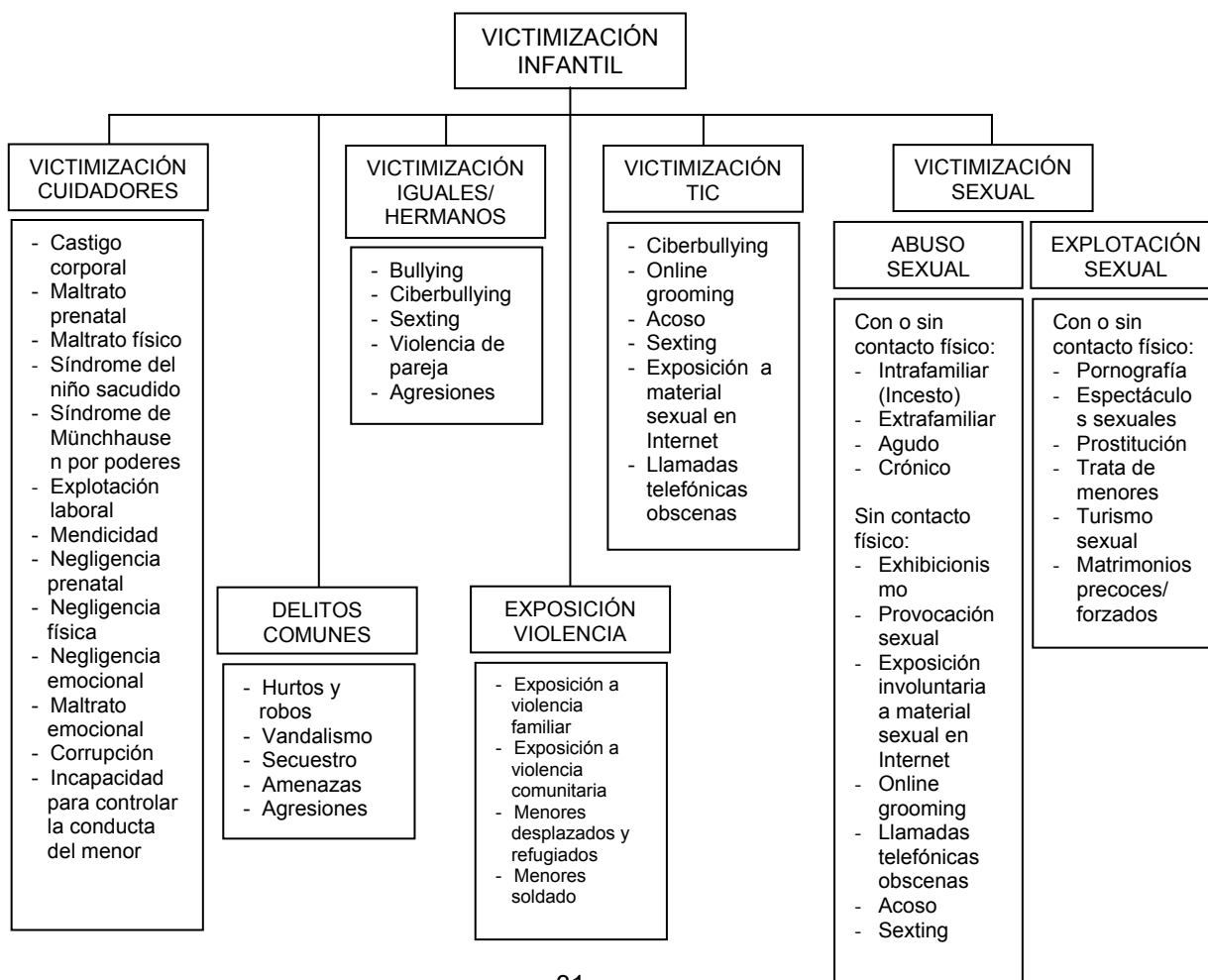
Es importante destacar, por sus características y efectos específicos en sus víctimas, la *explotación sexual infantil* (UNICEF, 1996), considerada una de las violaciones más severas de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes y una forma de esclavitud contemporánea, basada en el abuso sexual del menor y en su remuneración económica o en especie, ya sea para la propia víctima o para terceras personas. Si el abuso sexual infantil es una problemática que ha permanecido invisible durante años, la explotación sexual de menores sigue siendo un problema desconocido por gran parte de los profesionales, convirtiéndose este maltrato sexual en una cuestión que afecta, en mayor o menor medida, a todos los países (Lemmey y Tice, 2000).

La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes puede presentar diversas formas que suelen estar muy relacionadas entre sí y entre las que destaca la creación de *pornografía infantil* y los *espectáculos sexuales* en los que participan niños, niñas y adolescentes; la *explotación de los menores a través de la prostitución* o *prostitución infantil*, no limitándose a las relaciones mediante coito, sino que incluye también cualquier otra forma de relación sexual o actividad erótica (Eastes, 2001); el *tráfico de niños, niñas y adolescentes con finalidades de explotación sexual*; la *explotación sexual comercial infantil en los viajes* o *turismo sexual infantil* referida a la explotación infantil cometida por personas que se desplazan fuera o dentro de su país con el objeto de mantener relaciones sexuales con menores de 18 años (ECPAT,

2004); y los *matrimonios precoces y/o forzados*, sin consentimiento real del menor, dado que en muchos casos los niños y las niñas son obligados/as o, simplemente, son demasiado jóvenes para tomar una decisión real, con conocimiento de causa, respecto a las implicaciones que este acto comporta (UNICEF, 2001).

En suma, el Cuadro 6 ofrece una clasificación de las diversas tipologías de victimización infanto-juvenil, elaborada a partir de la bibliografía precedente. Se han clasificado las diferentes formas de victimización en victimización por parte de cuidadores, delitos comunes, victimización por parte de iguales y/o hermanos, exposición a violencia, victimización a través de las nuevas tecnologías y victimización sexual que, a su vez, está dividida en las diferentes formas que conocemos bajo el concepto clínico genérico de abuso sexual y los tipos de explotación sexual.

Cuadro 6. Clasificación de las formas de victimización infantil (elaboración propia a partir de Finkelhor, 2007).



3.4 Incidencia de la victimización infanto-juvenil en España

En el Estado español, contamos con diversos trabajos sobre victimización de menores llevados a cabo a nivel nacional y en diferentes comunidades autónomas. Aunque es preciso tener en cuenta que la mayoría de estos estudios se centran en un único tipo de victimización, especialmente en el acoso escolar o «bullying». Por otro lado, prácticamente la totalidad de los trabajos que abarcan diversas formas de victimización se han llevado a cabo con los datos obtenidos de los servicios de protección al menor de las diversas Comunidades Autónomas (Moreno Manso, 2002). Este hecho supone importantes limitaciones a nivel metodológico y la inclusión de formas de victimización muy específicas y con características muy particulares, principalmente el maltrato físico, la negligencia y el abuso sexual, que implican generalmente a los cuidadores como victimarios.

A continuación se revisarán algunas de estas investigaciones para ilustrar la realidad de la victimización infanto-juvenil en España.

Uno de los escasos estudios de incidencia de la victimización infanto-juvenil, realizado a nivel nacional, que ha permitido cuantificar este problema es el realizado por Saldaña [et al.] (1995). Estos autores revisaron la totalidad (n=32.483) de los expedientes de menores abiertos por los servicios de protección de la infancia de las diferentes administraciones autonómicas en los años 1991 y 1992. El número total de niños y niñas en los que se apreció alguna forma de maltrato fue de 8.565, lo que representa una media anual de 0,44%. Respecto al abuso sexual infantil, el número de niños y niñas afectados fue de 359, un 4,2% del total de niños y niñas maltratados/as, no incluyéndose la definición de abuso sexual infantil utilizada.

Más recientemente, el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (Sanmartín, 2002) ha establecido la incidencia del maltrato infantil intrafamiliar en España. Siguiendo la metodología del estudio de Saldaña [et al.] (1995) esta investigación analizó los expedientes de protección al menor (n=32.741) de todas las comunidades autónomas españolas entre 1997 y 1998. En este estudio, de un total de 16.189 casos detectados de maltrato infantil (un 0,71%

del total de la población española menor de 18 años), un 2,4% (n=396) habían sufrido abuso sexual, definido como cualquier comportamiento en que el menor es utilizado como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

Sin embargo, los estudios revisados, basados en las estadísticas obtenidas de las administraciones públicas, subestiman las dimensiones reales del problema de la violencia dirigida a la infancia. En este sentido, la realización de entrevistas a menores que pueden estar siendo víctimas de violencia es un tipo de metodología escasamente aplicado en España.

Destacan los trabajos de Hava (1995) y Lila, Herrero y Gracia (2008), que utilizan técnicas de autoinforme y que han obtenido importantes tasas de victimización en jóvenes españoles. Concretamente, en el estudio de Hava García (1995), con una muestra de 532 jóvenes de la provincia de Cadiz, se obtienen porcentajes importantes de delitos contra la propiedad (por encima del 50%), agresiones físicas (cerca de un 35%) y agresiones sexuales (más del 30% de las jóvenes y cerca del 10% de los chicos) que permiten confirmar que los menores sufren un riesgo de victimización mayor que la población adulta. Más recientemente, Lila y colaboradores (2008), con una extensa muestra de 1.908 adolescentes valencianos de entre 13 y 18 años, han evaluado la frecuencia de seis formas de victimización (hurtos, agresiones físicas, insultos, amenazas, chantaje e intimidación con arma) en los contextos escolar, familiar y en la calle. Los autores encuentran, nuevamente, elevados porcentajes de victimización en los menores principalmente referidos a sus experiencias en la calle y la escuela, con únicamente un 10,8% de jóvenes no victimizados.

3.5 Consecuencias de la victimización infanto-juvenil

3.5.1 Consecuencias de la victimización de menores

El impacto que sobre niños, niñas y jóvenes tienen las experiencias de victimización es mucho mayor que sus efectos inmediatos y visibles, y afecta no solo al menor y a las relaciones con su familia, sino también a la sociedad en su conjunto (Finkelhor y Hashima, 2001). Es preciso tener en cuenta que la experiencia de victimización puede considerarse una situación extrema en la

vida del individuo que, tal como exponen Lazarus y Folkman (1984), suele resultar en un elevado nivel de estrés y malestar en la gran mayoría de personas.

Una de las consecuencias adversas más frecuentes vinculadas a la experiencia de victimización es el trastorno por estrés postraumático. En 1980, el trastorno por estrés postraumático se incluye por primera vez en el *Diagnostic Statistical Manual* (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980), como categoría diagnóstica específica, dentro de los llamados trastornos de ansiedad, como respuesta a las observaciones llevadas a cabo con veteranos de guerra. En la actualidad, para diagnosticar este trastorno, es necesario un suceso precipitante, conceptualizado como «un acontecimiento estresante y extremadamente traumático» (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) que incluye hechos que no tienen por qué haber sido experimentados por el individuo directamente, pero que tienen que producir reacciones emocionales intensas; y de la presencia de unos síntomas específicos, que suelen aparecer en los tres primeros meses posteriores a la exposición al suceso y que incluyen tres áreas principales, como son (a) la reexperimentación persistente del acontecimiento, a través de imágenes y pensamientos intrusivos y recurrentes, flashbacks y alucinaciones, respuestas fisiológicas ante estímulos que recuerdan el acontecimiento, sueños y pesadillas, entre otros; (b) la evitación conductual y cognitiva de aquellos estímulos asociados al acontecimiento traumático y/o el embotamiento-paralización de la reactividad general del individuo; así como (c) la hiperactivación psicofisiológica, con dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad y ataques de ira, un estado de alerta constante y respuestas exageradas de sobresalto, entre otros.

De esta manera, se acepta que niños, niñas y adolescentes pueden también vivir este tipo de experiencias traumáticas, ya sea directa o indirectamente, y desarrollar la tríada de síntomas característicos del trastorno. A pesar de ello, los profesionales refieren que el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático sigue estando demasiado centrado en los adultos y abogan por unos criterios diferenciales cuando se aplique a menores, entre los que destaca la propuesta de Scheeringa [et al.] (2003), sensible a las diferencias en función

de los estadios del desarrollo y más centrada en la observación de la conducta del menor que en la descripción verbal del suceso que haga este, en contraposición a lo que proponen los criterios diagnósticos oficiales (American Psychiatric Association, 1994).

Esta sugerencia parece que ha sido recogida en la quinta versión del manual que, aunque en el momento de redacción de este informe todavía no ha sido publicada, apunta a una diferenciación en los síntomas postraumáticos que presentan niños, niñas y adultos. En esta línea, la investigación ha demostrado que niños y niñas suelen presentar síntomas ligeramente diferentes a los que manifiestan los adultos, especialmente los preescolares, como son conductas regresivas y somatizaciones –con una mayor dependencia del adulto, dificultades para conciliar el sueño, trastornos de la alimentación–, conductas agresivas –irritabilidad, rabietas, conductas oposicionistas y destructivas–, pesadillas y terrores nocturnos, sentimiento de culpa, así como la representación repetitiva del acontecimiento traumático, mediante juegos y dibujos (Tareen, Garralda y Hodes, 2007).

Es preciso tener en cuenta que los estudios sobre prevalencia del trastorno por estrés postraumático son escasos en población infantil y adolescente, aunque la presencia de sintomatología postraumática suele situarse entre un 25 y un 60% de los menores víctimas de acontecimientos violentos (véase la revisión de Yule, 2001), lo que puede considerarse una minoría sustancial.

Son diversos los autores que han planteado que, aunque el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático suele describir con mucha precisión los síntomas que experimenta una persona que ha sufrido un acontecimiento traumático puntual, con una duración limitada, este no permite incluir la gravedad de las consecuencias psicológicas que resultan de la experiencia de un acontecimiento traumático prolongado y repetido, como suelen ser las experiencias de victimización en la infancia.

La psiquiatra Judith L. Herman, de la Universidad de Harvard, propone en 1997 un nuevo diagnóstico para estas víctimas denominado *trastorno por estrés postraumático complejo* que, aunque no varía significativamente del diagnóstico

original, sí que tiene implicaciones importantes en la posterior intervención con estas víctimas, que deberá ir dirigida a tratar todo una serie de síntomas asociados, además de la sintomatología postraumática per se. Hay que destacar que durante acontecimientos traumáticos prolongados y repetidos, como son las experiencias de victimización en la infancia, la víctima suele encontrarse en un estado de cautividad, ya sea físico o emocional. En estas situaciones, la víctima se encuentra bajo el control del victimario y ello tiene una serie de implicaciones psicopatológicas vinculadas a cambios en su autopercepción, en la percepción que tenga del victimario y en su sistema de creencias, entre otros, que no quedan recogidos en los criterios estrictos propuestos en el DSM.

La nueva categorización de Herman (1997) se basa en la propuesta de Leonore C. Terr, centrada en las victimizaciones infantiles, y que ya en 1991 propuso diferenciar entre trauma tipo I y trauma tipo II. El primero se refiere a un acontecimiento puntual, mientras que el segundo se refiere a una exposición repetida, crónica, a acontecimientos traumáticos, que suele iniciarse a una edad temprana. La utilidad de esta clasificación, de forma similar a la de Herman (1997), son sus implicaciones terapéuticas que tienen en cuenta a un grupo de víctimas, con características diversas, en función de los diferentes síntomas que presentan y de las diferentes experiencias de victimización que han vivido.

Pero el trastorno por estrés postraumático no es la única afectación que pueden presentar estos niños y niñas. Desde el ámbito de la psicopatología del desarrollo, los resultados de diversos estudios sugieren que la vivencia de una experiencia fuertemente estresante, como es cualquiera de las formas de victimización que se han descrito previamente, en un periodo de alta plasticidad neuronal como es la infancia, provoca disregulaciones en el desarrollo neurofisiológico cerebral, lo que, al mismo tiempo, parece comportar problemas de relación, disregulación del estado de ánimo y la conducta, así como múltiples problemas sociales y emocionales en etapas posteriores (Putnam, 2006).

Cabe añadir que la exposición a la violencia en niños, niñas y adolescentes puede comportar graves consecuencias psicosociales a largo plazo. Las experiencias de victimización inciden sobre la confianza del individuo en sí mismo, en los otros y en el futuro (Janoff-Bulman, 1989) y destruyen el denominado sesgo optimista («optimistic bias») según el que el individuo subestima su vulnerabilidad personal ante acontecimientos vitales adversos (Weinstein, 1989), caracterizándose entonces por un componente de pesimismo e incertidumbre. Ante la victimización, la información discordante con estos supuestos básicos de confianza en uno mismo y fe en el futuro y en los otros no puede integrarse y el menor, por lo tanto, debe asumir que es vulnerable, que se encuentra en riesgo y que sus supuestos básicos sobre el mundo y sobre sí mismo son erróneos. En un niño o una niña, en el que las estructuras básicas de la personalidad y su visión del mundo están construyéndose, este tipo de consecuencias pueden llegar a ser devastadoras.

Otros trabajos han observado que los menores victimizados, ya sea de forma directa o indirecta, también desarrollan actitudes negativas e intolerantes y una mayor aceptación de la violencia como forma de relación, que posteriormente serán muy difíciles de erradicar (Widom, 1989). Cuando la victimización es una constante en el entorno en el que crece el menor, este acaba incorporando la violencia no solo como una forma de solucionar los problemas, sino como la única forma de protegerse a sí mismo.

Los estudios ponen de manifiesto que la victimización, especialmente las formas de maltrato infantil, incrementan el riesgo de trastornos psicológicos. Por ejemplo, en muestras de niños, niñas y jóvenes se constata que la victimización incrementa el riesgo de sintomatología internalizante de carácter depresivo y externalizante relativa a la ira y la agresividad (Turner [et al.], 2006). Y en muestras de adultos jóvenes, a más largo plazo, se observa que el maltrato infantil incrementa la probabilidad de sufrir en algún momento de la vida principalmente cinco tipos de trastornos: trastorno por estrés postraumático, distimia, trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo-compulsivo y abuso y dependencia de sustancias (Scott, Smith y Ellis, 2010).

El estudio de Finkelhor, Ormrod y Turner (2007) demuestra que la polivictimización, o acumulación de experiencias victimizantes a lo largo de la infancia, se asocia a un peor malestar psicológico que la cronicidad de la victimización. Además, el efecto de determinadas victimizaciones en el nivel de malestar que presenta el niño o la niña se reduce significativamente cuando se tiene en cuenta el conjunto de las otras victimizaciones vividas. Los autores interpretan que el efecto nocivo especialmente elevado de la polivictimización puede estar relacionado con el hecho de que la violencia surge en múltiples contextos y de la mano de personas diferentes, lo que promueve la generalización de determinadas distorsiones cognitivas ya mencionadas en este apartado.

3.5.2 Vulnerabilidad y protección en menores víctimas

Sin embargo, es preciso valorar que no todos los menores presentan sintomatología psicopatológica o una afectación en su funcionamiento habitual después de la experiencia de victimización. La investigación ha demostrado que una parte de ellos se recupera rápidamente de estas experiencias traumáticas y que únicamente algunos del ellos presentarán problemas psicológicos a largo plazo (entre un tercio y un 70% de los menores que han sido maltratados, según diversos estudios; Dumont, Widom y Czaja, 2007; Echeburúa, 2004).

En este sentido, la relación entre la experiencia de victimización en la infancia y el desarrollo de trastornos psiquiátricos no parece ser directa, lo que ha llevado a que se abra la investigación en los últimos años al concepto de resiliencia o resistencia al estrés (Masten, 2001). La presencia o ausencia de ciertas variables, no únicamente relacionadas con las características objetivas de la experiencia de violencia sino también con factores individuales y psicosociales, de manera consistente, facilitaría la aparición de trastornos psicopatológicos en situaciones de estrés; mientras que la presencia o ausencia de otras variables minimizaría o anularía los posibles efectos psicológicos relacionados con esta situación y proporcionaría al individuo la capacidad de resistencia frente a este estresor (Rutter, 2007).

Es, por lo tanto, el proceso o mecanismo de interacción entre el individuo y la situación, no la experiencia de victimización en sí, lo que comporta un riesgo o se constituye en protección, configurándose un punto de inflexión o «turning point» en la vida de este (Rutter, 1990).

Estos resultados suponen la apertura a un amplio campo de trabajo y grandes posibilidades de intervención y prevención terciaria para los profesionales que atienden a víctimas. Un mejor conocimiento de las variables implicadas en los procesos de protección de menores víctimas permitirá un mejor tratamiento de estos, así como la prevención de problemas psicológicos posteriores. Aunque el estudio de la resiliencia y las variables de vulnerabilidad y protección presentes en víctimas menores es reciente, los resultados obtenidos impulsan la realización de nuevos trabajos que permitan aclarar el efecto de las mismas en el bienestar psicológico de estos niños, niñas y jóvenes.

4. Hipótesis

El estudio se basa en el modelo de riesgo acumulativo o polivictimización. Según este, múltiples acontecimientos victimizantes en la infancia combinan su efecto sobre el desarrollo del individuo, a nivel psicopatológico o de salud (Finkelhor [et al.], 2005a). De acuerdo a estas premisas, se hipotetiza:

- HIPÓTESIS 1: La incidencia y prevalencia de la victimización y la polivictimización en muestra clínica superará los valores encontrados hasta el momento en los estudios llevados a cabo con población comunitaria (Finkelhor [et al.], 2005a; Fundación Paz Ciudadana, 2004).
- HIPÓTESIS 2: El riesgo de sufrir diferentes tipos de victimización (delitos comunes, victimización por cuidadores, victimización por iguales, victimización sexual, exposición a violencia y victimización por Internet) variará en función del sexo de los adolescentes (Finkelhor y Ormrod, 2000).
- HIPÓTESIS 3: Los individuos con un número elevado de experiencias de victimización interpersonal en la infancia y/o adolescencia presentarán una mayor tasa de sintomatología psicopatológica que los menos victimizados, existiendo un efecto dosis-respuesta entre cantidad de exposición (victimización o polivictimización en la infancia) y grado de psicopatología (Claus y Crittenden, 1991; Finkelhor [et al.], 2007).

5. Diseño de la investigación

5.1 Selección de la unidad de análisis

La unidad de análisis de este estudio han sido los adolescentes atendidos en Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de la red pública catalana.

Los criterios de inclusión han consistido en:

- Edad comprendida entre 12 y 17 años, para adecuarse a las características de los instrumentos de recogida de información utilizados.
- El adolescente ha realizado una consulta al servicio de atención psicológica y se encuentra en fase de diagnóstico.

Los criterios de exclusión hacen referencia a dos supuestos:

- El joven presenta retraso mental o indicios de incapacidad para comprender los enunciados de las pruebas o las explicaciones del entrevistador.
- El joven presenta sintomatología clínica que interfiere significativamente en la evaluación.

Se ha utilizado un muestreo no probabilístico de casos consecutivos en aquellos centros que han accedido a participar en el estudio. A fin de incrementar la representatividad de la muestra se ha realizado un estudio multicéntrico en el que han participado 13 CSMIJ distribuidos en función del área metropolitana de Barcelona (5 centros en El Barcelonès y 5 en El Baix Llobregat) y alrededores (3 centros).

Tabla 1. Relación de centros participantes según ubicación

Ubicación	Centros
Barcelonès	CSMIJ Sant Martí Sud CSMIJ Hospital de la Santa Creu y de Sant Pau CSMIJ Fundació Orienta – L’Hospitalet de Llobregat CSMIJ Sant Pere Claver – Montjuïc CSMIJ Fundació Eulàlia Torres de Beà - Sant Andreu
Baix Llobregat	CSMIJ Sant Joan de Déu - Cornellà de Llobregat CSMIJ Fundació Orienta - Castelldefels CSMIJ Fundació Orienta - El Prat de Llobregat CSMIJ Fundació Orienta – Gavà CSMIJ Fundació Orienta - Sant Boi de Llobregat
Alrededores	Psiquiatria y Salud Mental del Consorci Hospitalari de Vic CSMIJ Corporació Sanitària Parc Taulí – Sabadell CSMIJ Sant Joan de Déu - Granollers

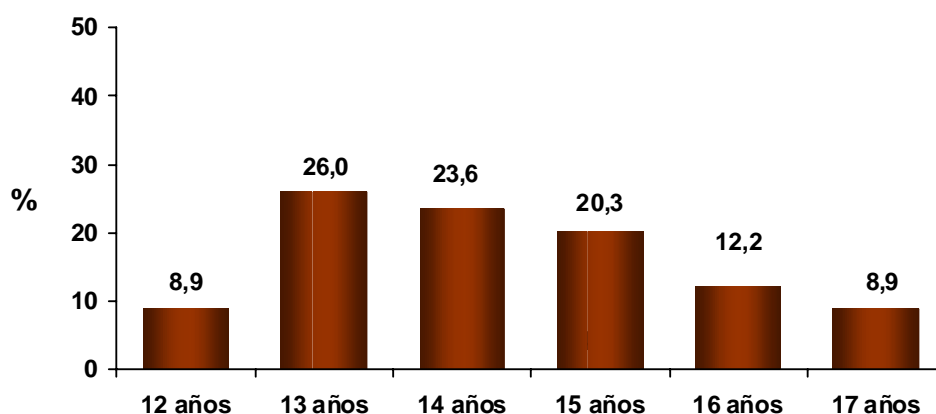
5.2 Características de la muestra

La muestra está configurada por 123 adolescentes atendidos en consulta clínica de los diversos CSMIJ. Las principales características de la muestra se describen a continuación.

5.2.1 Edad y sexo

Como muestra el Gráfico 1, los entrevistados tienen entre 12 y 17 años ($M=14,28$ y $D.T.=1,43$), y responden a los criterios de selección de la muestra, con casi un 70% de jóvenes de entre 13 y 15 años.

Gráfico 1. Distribución según edad de los entrevistados (n=123)



En cuanto al sexo, el 36,9% de los participantes en el estudio son chicos mientras que el 63,1% restante son chicas.

5.2.2 Motivo de consulta

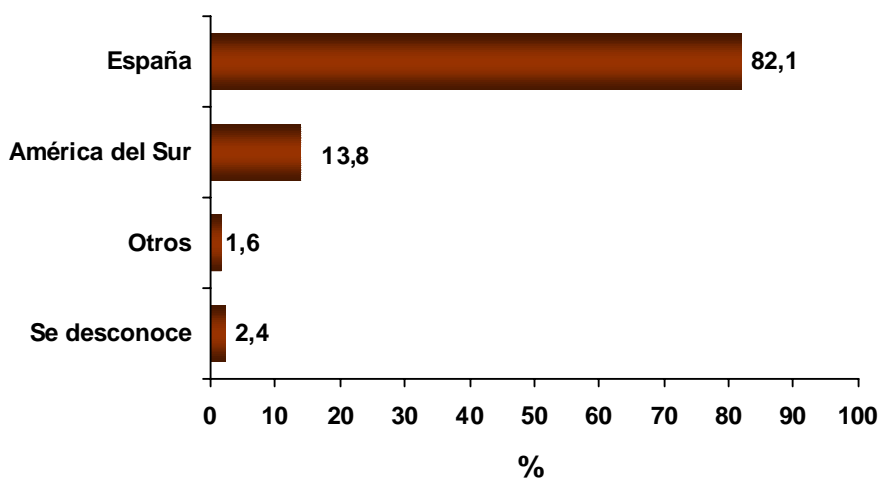
Los motivos de consulta más frecuentes hacen referencia a sintomatología ansiosa (16,8%), problemas de relación (16,0%), problemas adaptativos relacionados con acontecimientos vitales (13,6%) (como la separación de los padres, defunción de un progenitor, rupturas sentimentales u otros) y problemas de comportamiento (12,8%). También destaca la presencia de sintomatología depresiva (8,0%), las alteraciones de la conducta alimentaria (7,2%) y los déficits atencionales (6,4%).

5.2.3 Contexto sociocultural

Para conocer el contexto sociocultural de los participantes se ha obtenido información de su lugar de nacimiento, del nivel educativo de sus padres y de la situación laboral de estos.

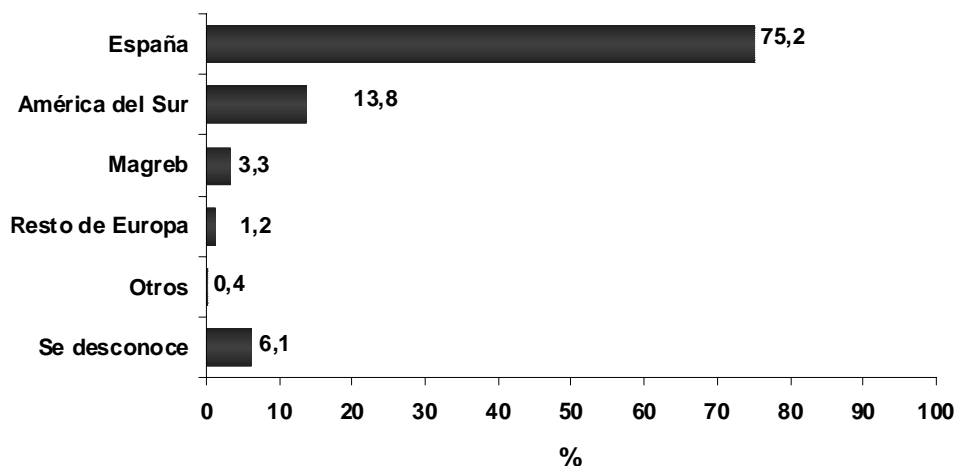
La mayoría de los participantes son nacidos en España (82,1%) y, en segundo lugar, destaca la procedencia de países de América del Sur (Argentina, Colombia, Ecuador, entre otros), tal como ilustra el Gráfico 2.

Gráfico 2. Distribución según lugar de nacimiento de los entrevistados (n=123)



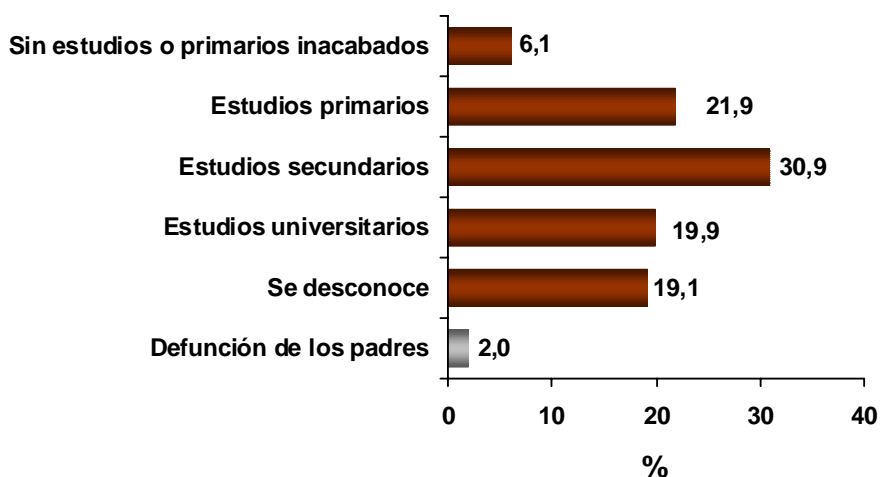
Como muestra el Gráfico 3, la distribución según el país de origen de los padres es bastante parecida a la de los menores, exceptuando el hecho de que algunos padres nacieron en los países del Magreb.

Gráfico 3. Distribución según lugar de nacimiento de los padres (n=246)



En el Gráfico 4 se observa que el nivel educativo de los padres es, en conjunto, medio, pero hay casi un 20% con estudios superiores.

Gráfico 4. Nivel educativo de los padres (%) (n=246)



Por último, el 71,5% de los padres y el 63,4% de las madres se encuentran ocupados en el momento de realización de la entrevista y la tasa de paro se sitúa entre el 13,0% y el 17,9% respectivamente.

5.3 Límites territoriales y temporales de la investigación

El límite territorial de la muestra ha sido circunscrito a la provincia de Barcelona, y más concretamente, a las ciudades de Barcelona, Castelldefels, Cornellà de Llobregat, Gavà, Granollers, l'Hospitalet de Llobregat, el Prat de Llobregat, Sabadell, Sant Boi de Llobregat y Vic.

Tal como estaba previsto en el plan de trabajo, la realización del estudio se ha extendido desde enero de 2011, coincidiendo con la obtención de permisos y convenios con los centros y el diseño de protocolos, hasta noviembre de 2011, en que se hace entrega de la memoria que recoge los resultados obtenidos.

5.4 Metodología

5.4.1 Instrumentos

En la presente investigación se han utilizado dos instrumentos de medida de amplio uso en el ámbito internacional y se ha creado un protocolo específico *ad hoc* para la recogida de datos sociodemográficos.

A. Hoja de datos sociodemográficos

Elaborado a fin de recoger los datos sociodemográficos del joven (edad, sexo, lugar de nacimiento y nivel escolar del joven) y de su entorno familiar (nivel de estudios, ocupación actual y país de origen de los padres).

B. Encuesta de victimización

Las preguntas han sido planteadas con una doble perspectiva temporal: (a) la victimización experimentada por el joven a lo largo de la vida, y (b) aquella que se ha producido en el último año. Se han considerado seis áreas de posibles victimizaciones, las cinco primeras tal como se avalúan en el *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ; Finkelhor [et al.], 2005b), y una sexta área añadida, siguiendo las recomendaciones del National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV), y relativa a la victimización a través de Internet.

Así, la encuesta de victimización queda configurada de la siguiente manera:

- delitos comunes (hurtos, robos, vandalismo, etc.) (9 ítems)
- victimización por parte de cuidadores (violencia física, violencia psicológica, negligencia, etc.) (4 ítems)
- victimización por iguales y/o hermanos (acoso, agresiones físicas, violencia verbal, etc.) (6 ítems)
- victimización sexual (abuso sexual, agresión sexual, violación, etc.) (6 ítems)
- ser testigo/victimización indirecta (violencia entre los progenitores, violencia comunitaria, etc.) (9 ítems)
- victimización por Internet (solicitudes sexuales no deseadas por Internet, «ciberbullying» o acoso por Internet) (2 ítems)

El cuestionario JVQ (en su versión para padres y de autoinforme) ha sido aplicado anteriormente a niños, niñas y jóvenes de entre 2 y 17 años de los Estados Unidos de América y Chile y los estudios psicométricos realizados han mostrado las excelentes propiedades de este instrumento en muestras comunitarias (Finkelhor [et al.], 2005b).

C. Cuestionario de psicopatología

El *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach y Rescorla, 2001) se ha utilizado para evaluar el malestar psicológico en los jóvenes entrevistados. Se trata de un cuestionario de autoinforme que evalúa diversas áreas referidas a problemas emocionales y de conducta en adolescentes como son: ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, transgresión de normas y conducta agresiva. Las tres primeras áreas se agrupan configurando el síndrome de banda ancha de Internalización y las dos últimas, el de Externalización.

Los estudios realizados con muestras españolas respaldan la calidad del instrumento como medida de psicopatología (Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006).

5.4.2 Procedimiento

A continuación se describe el procedimiento seguido en el desarrollo del proyecto teniendo en cuenta sus dos etapas: fase de diseño y fase de ejecución.

5.4.2.1 Fase de diseño

5.4.2.1.1 Obtención de los permisos y convenios necesarios

En primer lugar, se obtuvo el permiso necesario para el uso del JVQ, contactando directamente con el autor y su equipo y se solicitó permiso para su traducción. En segundo lugar, se obtuvo la aprobación por parte de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (*Institutional Review Board*, IRB00003099) para la realización del estudio. Posteriormente, se obtuvieron los convenios de colaboración con los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil participantes en el estudio. En tres casos el centro requirió que la investigación fuera previamente aprobada también por el comité de ética propio de la institución.

La selección de los centros participantes en el estudio se llevó a cabo de forma aleatoria, en función de su localización en la provincia de Barcelona. Se contactó con 21 centros, de los que el 61,9% aceptó participar. En primer lugar, se informaba sobre la investigación al responsable del dispositivo y, una vez obtenido el compromiso de colaboración por parte de este, se realizaba una sesión de información con el resto del equipo de profesionales pidiéndoles su colaboración.

5.4.2.1.2 Diseño de los protocolos de evaluación

Se elaboró un protocolo de evaluación para cada participante donde se incluía: a) la hoja de consentimiento informado; b) la hoja recordatoria de los criterios de inclusión; c) la hoja de datos sociodemográficos; d) el YSR (Achenbach y Rescorla, 2001); e) el JVQ (Finkelhor [et al.], 2005b); y f) la hoja de observaciones, sobre incidencias en la recogida de información.

5.4.2.2 Fase de ejecución

5.4.2.2.1 Selección y formación de los entrevistadores

Los centros colaboradores podían optar por la administración de los tests por parte de una persona externa, proporcionada por el equipo de investigación, o por un profesional adscrito al centro. La mayoría de centros han preferido la primera opción y por ello se seleccionó y formó a un grupo de entrevistadores en relación a las siguientes temáticas: la victimología de desarrollo, las instrucciones y la forma de aplicación de los instrumentos y registro de las respuestas, así como las habilidades de escucha y respuesta ante la revelación de situaciones de victimización de carácter grave.²

5.4.2.2.2 Obtención de datos

Antes de la realización de la entrevista se informaba a los padres y a los adolescentes de los objetivos generales de la investigación y se les pedía el consentimiento para participar en ella. A lo largo de la investigación, se han respetado los principios deontológicos tal como expone el Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña. En todo momento se ha mantenido la confidencialidad de los datos.

La aplicación de los cuestionarios se realizaba durante la fase de diagnóstico, en una única sesión. Se seguía el mismo orden de administración en todas las aplicaciones: hoja de datos sociodemográficos, cuestionario de sintomatología psicopatológica (YSR), y por último, cuestionario de victimización (JVQ). El orden de los cuestionarios sigue otros protocolos de administración utilizados en investigaciones similares (Pereda, 2006) con el objetivo de reducir al máximo la interferencia del recuerdo de los sucesos victimizantes en las respuestas del individuo al cuestionario de psicopatología. La hoja de datos sociodemográficos y la encuesta de victimización se han aplicado mediante una entrevista personal, mientras que para la administración del YSR el entrevistador explicaba las instrucciones al joven y le asesoraba sobre cualquier duda.

² En la apartado de agradecimientos puede consultarse el listado de colaboradores que han participado en la investigación.

5.4.2.2.3 Grabación de los datos

Paralelamente a la recogida de datos, se procedió a la grabación de las mismas en formato electrónico. Se ha realizado un control de calidad de la base de datos seleccionando un 10% del total de protocolos y verificando la corrección de los datos. Además, se ha comprobado que todas las respuestas registradas se encuentren dentro de los rangos posibles establecidos para cada una de las variables.

5.4.2.2.4 Retorno de información a los centros

A medida que se obtenían los datos de los participantes se elaboraba un informe individual estandarizado de resultados que se enviaba a los centros a fin de que pudieran tener un *feed-back* sobre los resultados de cada joven y pudieran incluir esta información en la historia clínica del paciente.

5.4.2.2.5 Análisis de datos

Los diferentes análisis de datos que se llevan a cabo se han ido detallando a medida que se utilizan a lo largo de este informe. De forma general, a fin de cumplir con el primer objetivo, se presentan básicamente frecuencias, porcentajes y otros descriptivos univariantes, mientras que para el cumplimiento del segundo de los objetivos se añaden comparaciones entre grupos y algunas medidas de asociación entre variables.

5.5 Planificación y recursos

5.5.1 Cronograma

El plan de trabajo temporalizado, desde la fecha de otorgamiento de la ayuda hasta la fecha máxima prevista para la entrega del informe de resultados se resume en el siguiente cuadro.

Cuadro 7. Cronograma

Actividades/tareas	meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Obtención de los permisos y convenios	■	■	■									
2. Diseño de los protocolos de evaluación	■											
3. Selección y formación de los entrevistadores	■	■	■	■								
4. Recogida de datos				■	■	■	■	■	■	■		
5. Grabación y análisis de datos							■	■	■	■		
6. Informe preliminar de seguimiento					■							
7. Informe final de resultados y conclusiones										■	■	

5.5.2 Equipo de investigación

El equipo de investigación ha estado compuesto por: a) los autores del proyecto que se presenta, que se han encargado del planteamiento, el diseño, la planificación y la ejecución de las tareas planteadas; b) un grupo de 19 colaboradores y colaboradoras que han realizado las entrevistas a los participantes y han colaborado en la introducción de datos y otras tareas vinculadas con el desarrollo de la investigación; y finalmente c) los profesionales de los centros colaboradores que han participado en la

presentación del proyecto a los padres, la solicitud del consentimiento a los mismos y al adolescente y, en algún caso, en la recogida de información.³

6. Resultados

6.1 Prevalencia de la victimización a lo largo de la vida

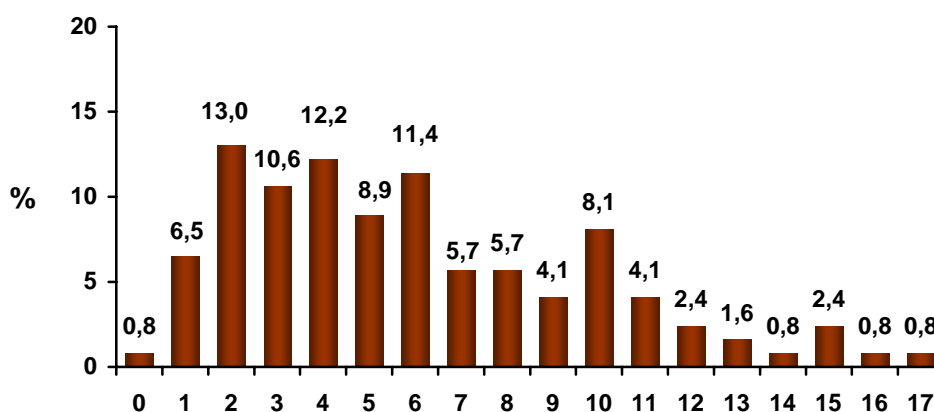
6.1.1 Prevalencia: resultados generales

El 99,2% de los adolescentes entrevistados ha sufrido algún tipo de victimización a lo largo de su vida, concretamente, el 100% de los chicos y el 98,7% de las chicas.

Los jóvenes viven una media de 5,99 formas diferentes de victimización a lo largo de su vida (chicos: $M=6,13$; $D.T.=3,79$; chicas: $M=5,94$; $D.T.=3,88$), con un rango de victimizaciones que oscila entre 0 y 17.

El Gráfico 5 permite ver que, en consulta clínica, la vivencia de hasta 6 acontecimientos sería muy común (63,4%), bastante menos habitual sería experimentar 7 o más victimizaciones (27,6%) y vivir más de 11 sería muy excepcional (8,9%).

Gráfico 5. Número de tipos de victimizaciones vividas a lo largo de la vida (n=123)

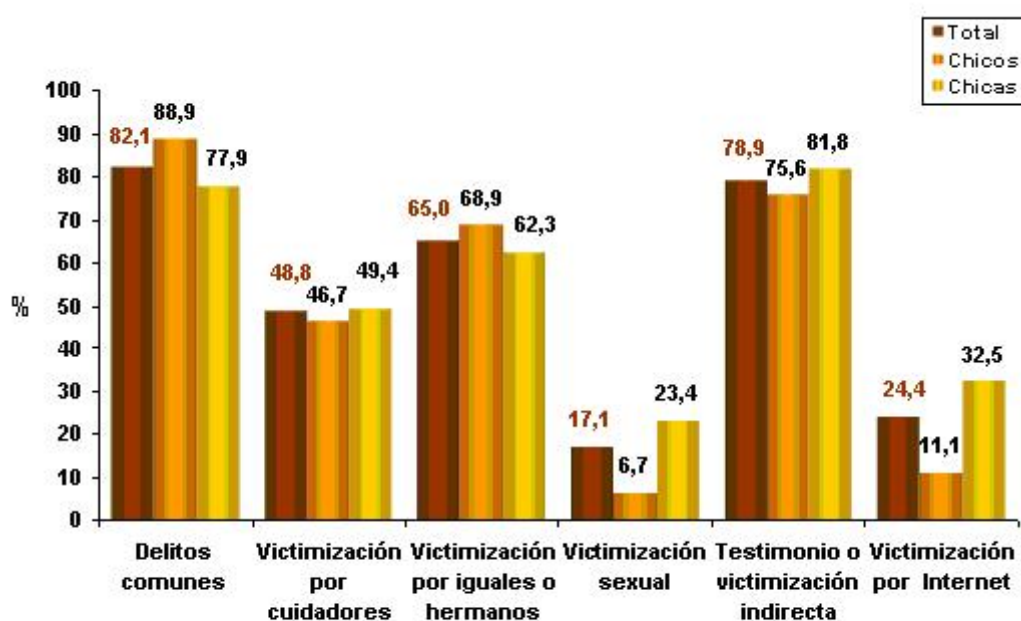


³ En la Tabla 1 pueden consultarse los diferentes CSMIJ que han participado en la investigación.

6.1.2 Prevalencia: resultados según áreas de victimización

Teniendo en cuenta los diferentes tipos de victimización, un elevado porcentaje de adolescentes ha sufrido alguna forma de delito común (82,1%) o algún tipo de victimización indirecta (78,9%). A continuación, se situaría la victimización por iguales o hermanos (65%), la victimización por cuidadores (48,8%) y por último, la victimización por Internet (24,4%) y la sexual (17,1%).

Gráfico 6. Prevalencia según áreas de victimización (n=123)



En relación a la comparación entre chicos y chicas en cada una de las áreas de victimización, los resultados indican que las chicas sufren *victimización sexual* (OR=4,27) y *victimización por Internet* (OR=3,85) con más frecuencia que los chicos de forma significativa mientras que, en el resto de áreas, no se observan diferencias estadísticamente significativas.

Como ya se ha indicado, el 82,1% de los jóvenes ha sufrido algún tipo de *delito común*, por lo tanto sería un tipo de victimización muy extendida entre los adolescentes que han participado en el estudio. Concretamente, como ilustran la tabla 2, aquellos delitos comunes más habituales son los robos sin violencia (C2), las agresiones sin arma (C5) y las amenazas de agresión (C7). En

cambio, las agresiones con arma (C4), y especialmente los secuestros (C8) o las agresiones por discriminación (C9) son mucho menos habituales.

En este módulo se observa una diferencia significativa entre chicos y chicas en cuanto a los robos con violencia (C1), de manera que los chicos lo sufren más a menudo que las chicas.

Tabla 2. Delitos comunes: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
C1. Robo con violencia	21,1	35,6	13,0	0,27*
C2. Robo sin violencia	42,3	44,4	41,6	0,91
C3. Vandalismo	27,6	31,1	26,0	0,78
C4. Agresión con arma	9,8	8,9	10,4	1,19
C5. Agresión sin arma	41,5	48,9	36,4	0,60
C6. Intento de agresión	26,0	35,6	20,8	0,48
C7. Amenaza de agresión	36,6	44,4	32,5	0,60
C8. Secuestro	4,1	2,2	5,2	2,44
C9. Agresión por discriminación	7,3	6,7	7,8	1,18
Alguna victimización por delito común	82,1	88,9	77,9	0,44

Como muestran la tabla 3, *en el entorno familiar*, el tipo de victimización más frecuente⁴ son los episodios de violencia psicológica o emocional (39,0%), en los que algún cuidador ha insultado o ha dicho cosas feas o crueles al menor haciéndolo sentir asustado o realmente mal. En segundo lugar, abundan los episodios de violencia física (M1) que afectan a una cuarta parte de la muestra. El trato negligente (M3) o los intentos de uno de los padres de apartar o mantener alejado al menor del otro progenitor (M4) son poco frecuentes, pero a pesar de ello este segundo indicador pone de manifiesto cierta conflictividad familiar en aquellos adolescentes que van a consulta clínica.

⁴ El lector tiene que ser consciente de que estos datos responden a formas de victimización y no pueden equipararse a casos de maltrato infantil, ya que en ellos se incluyen tanto episodios de violencia esporádica como continuada, así como incidentes de baja gravedad o más cercanos a episodios de castigo corporal.

Tabla 3. Victimización por cuidadores: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
M1. Violencia física	25,2	24,4	24,7	1,01
M2. Violencia psicológica/emocional	39,0	33,3	41,6	1,42
M3. Negligencia	4,1	2,2	5,2	2,41
M4. Interferencia parental/Secuestro familiar	8,1	8,9	7,8	0,87
Alguna victimización por cuidadores	48,8	46,7	49,4	1,11

En la área de la *victimización por iguales o hermanos*, destaca especialmente la prevalencia del acoso emocional (P5) y de las agresiones físicas (P2), como se puede comprobar en la Tabla 4.

En el primer caso se observa una tendencia no significativa a que las chicas sufran más frecuentemente violencia emocional por iguales que los chicos (42,9% frente a 31,1%); pero son los chicos los que significativamente sufren más a menudo violencia física a manos de iguales o hermanos (42,2% frente a 23,4%). Es preciso mencionar que las agresiones por iguales (P2) son casi el doble de frecuentes que aquellas situaciones en que otros niños o niñas intimidan al menor (P4=16,3%) (por ejemplo persiguiéndolo, estirándole del pelo o la ropa, u obligándole a hacer cosas que no quiere), conformando la violencia entre iguales un amplio espectro de formas, que incluye la violencia física como una de las más frecuentes. Aunque el porcentaje es bajo (2,4%), cabe destacar que entre chicos y chicas tan jóvenes se den los primeros casos de violencia en la pareja (P6).

Tabla 4. Victimización por iguales o hermanos: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
P1. Agresión por una banda o grupo	6,5	11,1	6,5	0,56
P2. Agresión por iguales o hermanos	30,1	42,2	23,4	0,42*
P3. Agresión genital no sexual	5,7	15,6	0,0	--
P4. Acoso físico	16,3	8,9	20,8	2,69
P5. Acoso emocional	38,2	31,1	42,9	1,66
P6. Violencia en la pareja	2,4	2,2	2,6	1,17
Alguna victimización por iguales o hermanos	65,0	68,9	62,3	0,75

La Tabla 5 indica que el porcentaje de *victimización sexual* es destacable en los jóvenes entrevistados, especialmente en las chicas (23,4%). La agresión sexual por parte de un adulto conocido (S1), que puede incluir tanto tocamientos como relaciones sexuales forzadas, es el incidente más frecuente tanto en chicos (4,4%) como en chicas (13,0%).

Atendiendo a otras situaciones de victimización sexual con contacto, chicos y chicas sufren agresiones sexuales por adultos conocidos (S1) con mayor frecuencia que por adultos desconocidos (S2), pero únicamente las chicas se ven implicadas en agresiones sexuales por iguales e intentos de violación (S3 y S4, respectivamente). Las chicas también tienden a sufrir más a menudo aquellas victimizaciones sexuales que no implican contacto físico entre víctima y victimario (S5 y S6).

Tabla 5. Victimización sexual: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
S1. Agresión sexual por adulto conocido	9,8	4,4	13,0	3,21
S2. Agresión sexual por adulto desconocido	1,6	2,2	1,3	0,58
S3. Agresión sexual por iguales	2,4	0,0	3,9	--
S4. Violación: intento o consumada	4,9	0,0	7,8	--
S5. Exhibicionismo/Exposición sexual	5,7	0,0	9,1	--
S6. Acoso sexual verbal	4,9	2,2	6,5	3,10
Alguna victimización sexual	17,1	6,7	23,4	4,27*

En cuanto a la *victimización indirecta*, la Tabla 6 muestra que la exposición a violencia comunitaria, en que el menor ve como agreden a una tercera persona con o sin arma (W3=34,1% y W4=59,3%, respectivamente), es bastante más común que la exposición a violencia familiar, donde el menor observa como uno de los padres agrede al otro (W1=15,4%) o agrede a los hermanos del joven (W2=10,6%).

En segundo lugar se sitúa el hecho de ser testigo de agresión con arma (W3), que alcanza una frecuencia del 34,1%.

Tabla 6. Testigo o victimización indirecta: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
W1. Testigo de violencia doméstica	15,4	17,8	14,3	0,77
W2. Testigo de violencia intrafamiliar a hermanos	10,6	13,3	9,1	0,65
W3. Testigo de agresión con arma	34,1	35,6	33,8	0,94
W4. Testigo de agresión sin arma	59,3	55,6	62,3	1,26
W5. Robo en el domicilio	13,0	17,8	10,4	0,52
W6. Asesinato de familiar o amigo	4,9	6,7	3,9	0,57
W7. Testigo de asesinato	0,8	0,0	1,3	--
W8. Testigo de tiroteo, terrorismo o disturbios	8,9	8,9	9,1	1,00
W9. Exposición a guerras o conflictos armados	0,8	0,0	1,3	--
Alguna victimización por testigo o victimización indirecta	78,9	75,6	81,8	1,46

Respecto a las *victimizaciones por Internet*, cabe decir que el 24,4% de los adolescentes reconoce que se ha utilizado la red para molestarlo o acosarlo, se han difundido informaciones negativas o crueles sobre el/ella o se le han hecho insinuaciones o solicitudes de carácter sexual, como puede verse en la Tabla 7. Entre los chicos es más común la victimización por Internet sin connotaciones sexuales que aquella de contenido sexual, en cambio en las chicas la frecuencia con que se dan ambos tipos de victimizaciones es similar (INT1=18,2% e INT2=19,5%, respectivamente).

Tabla 7. Victimización por Internet: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
INT1. Acoso por Internet	15,4	11,1	18,2	1,78
INT2. Solicitudes sexuales no deseadas por Internet	12,2	0,0	19,5	--
Alguna victimización por Internet	24,4	11,1	32,5	3,85*

6.1.3 Victimización según la edad de inicio

El análisis de la edad a la que los adolescentes recuerdan que ha tenido lugar el primer episodio de victimización de un tipo concreto aporta datos interesantes desde la perspectiva de la victimología del desarrollo. La Tabla 8 muestra los diferentes tipos de acontecimientos victimizantes según la edad de

inicio (a partir de la mediana)⁵ de los mismos. Se han establecido tres grupos de edad: infancia (hasta los 11 años), adolescencia inicial (12-13 años) y adolescencia media (14-16 años).

En lo que respecta a las victimizaciones resultantes de *delitos comunes*, se observa que estas no solo tienen lugar durante la adolescencia inicial sino que, en muchas ocasiones, ya están presentes antes de los 12 años. Es interesante ver que, según la información aportada por las medianas de edad, ninguno de estos tipos de victimización tiene lugar por primera vez durante la adolescencia tardía (17-18 años).

Las *victimizaciones por cuidadores* en general se inician durante la infancia, por ejemplo la violencia física empieza en torno a los ocho años, a excepción de los episodios de violencia psicológica/emocional que tienden a aparecer durante la adolescencia.

Respecto a la *victimización por iguales o hermanos*, puede aparecer en cualquiera de los tres periodos de edad establecidos. Las agresiones por iguales o hermanos y el acoso, sea físico o emocional, es más habitual que se inicien durante la infancia, mientras que las agresiones en los genitales sin connotaciones sexuales o la agresión por una banda o un grupo es más habitual que aparezcan en la adolescencia inicial. La única victimización de inicio más habitual durante la adolescencia media es la violencia de pareja.

La edad de inicio de los diferentes tipos de *victimización sexual* se concentran en el periodo de la adolescencia, a excepción de la agresión sexual por un adulto conocido que empieza durante la infancia. Es importante destacar que la edad de inicio de la agresión sexual por iguales se sitúa en la adolescencia media.

En el caso de las *victimizaciones indirectas*, la edad de inicio más común se sitúa más bien durante la infancia. La exposición a violencia en el contexto familiar tiene un inicio más temprano (en torno a los 9-10 años) que la exposición a agresiones con o sin arma en la calle (hacia los 12 años).

⁵ La edad de inicio se ha calculado a partir de la mediana porque en distribuciones asimétricas o en presencia de valores atípicos es más robusta que la media aritmética.

Por último, las *victimizaciones por Internet* se inician en la etapa de la adolescencia inicial, pero cuando tienen connotaciones sexuales aparecen más bien en la adolescencia media.

Tabla 8. Edad de inicio (mediana (Md) y rango intercuartílico (Ri)) de los acontecimientos según áreas de victimización

Módulos JVQ	Infancia (hasta los 11 años)	Adolescencia inicial (12-13 años)	Adolescencia media (14-16 años)
Delitos comunes	C3. Vandalismo (Md=8; Ri=6,0) C8. Secuestro (Md=9; Ri=4,5) C9. Agresión por discriminación (Md=10; Ri=5,5) C4. Agresión con arma (Md=11; Ri=7,5) C5. Agresión sin arma (Md=11; Ri=6,0)	C1. Robo con violencia (Md=12; Ri=4,7) C2. Robo sin violencia (Md=12; Ri=3,0) C6. Intento de agresión (Md=12; Ri=4,0) C7. Amenaza de agresión (Md=13; Ri=4,0)	
Victimización por cuidadores	M1. Violencia física (Md=8; Ri=5,0) M3. Negligencia (Md=9; Ri=4,5) M4. Interferencia parental/Secuestro familiar (Md=11; Ri=8,0)	M2. Violencia psicológica/emocional (Md=12; Ri=5,2)	
Victimización por iguales o hermanos	P2. Agresión por iguales o hermanos (Md=8; Ri=5,0) P5. Acoso emocional (Md=9; Ri=5,0) P4. Acoso físico (Md=11; Ri=5,00)	P3. Agresión genital no sexual (Md=12; Ri=2,00) P1. Agresión por una banda o grupo (Md=13; Ri=1,0)	P6. Violencia en la pareja (Md=15; Ri=2,0)*
Victimización sexual	S1. Agresión sexual por un adulto conocido (Md=9; Ri=7,0)	S4. Violación: intento o consumada (Md=12,5; Ri=5,7) S2. Agresión sexual por adulto desconocido (Md=13; Ri=0,0)* S5. Exhibicionismo/Exposición sexual (Md=13; Ri=4,0) S6. Acoso sexual verbal (Md=13,5; Ri=6,5)	S3. Agresión sexual por iguales (Md=14; Ri=1,0)
Testigo o victimización indirecta	W9. Exposición a guerras o conflictos armados (Md=6; Ri=0,0)* W2. Testigo de violencia intrafamiliar a hermanos (Md=9,5; Ri=5,7) W1. Testigo de violencia doméstica (Md=10; Ri=6,0) W6. Asesinato de familiar o amigo (Md=10; Ri=7,7) W5. Robo en el domicilio (Md=11; Ri=4,75)	W3. Testigo de agresión con arma (Md=12; Ri=3,2) W4. Testigo de agresión sin arma (Md=12; Ri=3,0) W8. Testigo de tiroteo, terrorismo o disturbios (Md=12; Ri=8,0)	W7. Testigo de asesinato (Md=15; Ri=0,0)*
Victimización por Internet		INT1. Acoso por Internet (Md=13; Ri=2,0)	INT2. Solicitudes sexuales no deseadas por Internet (Md=14; Ri=1,0)

*Mediana (Md) y rango intercuartílico (Ri) de la edad de inicio calculada con menos de 5 participantes.

6.1.4 Grado de malestar en el momento de producirse la victimización

Para tener un indicador de la gravedad de los diversos acontecimientos desde la percepción de los propios adolescentes, se pidió que valoraran el grado de malestar o estrés que les generó la victimización en el momento en que se produjeron los hechos. Se utilizó una escala comprendida entre *nada*=1 y *mucho*=5, con tres categorías intermedias definidas como *un poco*=2, *regular*=3, y *bastante*=4. Los valores promedio de estas valoraciones se pueden observar en la Tabla 9. Una visión general permite ver que, en conjunto, ninguna victimización es percibida por los adolescentes como generadora de nada o poco malestar, mientras que todas se sitúan en un rango de regular a mucho.⁶

Los incidentes que causan más malestar (puntuación de 4,5 o superior) se sitúan en los módulos relativos a la *victimización por cuidadores*, la *victimización sexual y ser testigo* o *victimización indirecta*. Concretamente este malestar se manifiesta en situaciones que hacen referencia a violencia física o psicológica por parte de cuidadores, a agresiones sexuales por adultos o intentos de violación y a estar expuesto a violencia doméstica, guerras o conflictos armados, o ser testigo de un asesinato. La valoración que recibe el asesinato de un familiar o amigo no parece concordar con la gravedad del hecho evaluado. Cabe decir que la respuesta positiva al ítem en cuestión no requiere ser testigo del hecho y en algún caso el adolescente hacía referencia a personas que no había conocido porque habían muerto antes de nacer o con los que, a pesar de ser familiares, mantenía poca relación.

Los datos ponen de manifiesto que se debe tener cuidado al hacer asunciones sobre el malestar que provocan determinados tipos de victimización *a priori*, ya que una amenaza de agresión (C7) puede tener un impacto similar para la víctima que una agresión sin arma (C5), o el acoso por Internet (INT1) puede

⁶ Es preciso ser prudentes al valorar estos resultados dado que, en algunas ocasiones, los datos se basan en un número muy reducido de jóvenes (por ejemplo, haber estado expuesto a guerras o conflictos armados).

vivirse con la misma intensidad que el acoso físico por iguales *off-line* (P6), tal como indican los jóvenes evaluados.

Tabla 9. Malestar (media) en el momento de producirse el acontecimiento (escala de nada '1' a mucho '5') según áreas de victimización

	Malestar
	Regular Bastante Mucho
	2,9 3,0 3,1 3,2 3,3 3,4 3,5 3,6 3,7 3,8 3,9 4,0 4,1 4,2 4,3 4,4 4,5 4,6 4,7 4,8 4,9 5,0
Delitos comunes	C2. Robo sin violencia C6. Intento de agresión C1. Robo con violencia C5. Agresión sin arma C3. Vandalismo C7. Amenaza de agresión C8. Secuestro C4. Agresión con arma C9. Agresión por discriminación
Victimización por cuidadores	M4. Interferencia parental/Secuestro familiar M3. Negligencia M2. Violencia psicológica/emocional M1. Violencia física
Victimización por iguales o hermanos	P2. Agresión por iguales o hermanos P6. Acoso físico P3. Agresión genital no sexual P1. Agresión por una banda o grupo P6. Violencia en la pareja* P5. Acoso emocional
Victimización sexual	S3. Agresión sexual por iguales S6. Acoso sexual verbal S5. Exhibicionismo/Exposición sexual S4. Violación: intento o consumada S1. Agresión sexual por un adulto conocido S2. Agresión sexual por adulto desconocido*
Testigo o victimización indirecta	W4. Testigo de agresión sin arma W6. Asesinato de familiar o amigo W5. Robo en el domicilio W8. Testigo de tiroteo, terrorismo o disturbios W3. Testigo de agresión con arma W2. Testigo de violencia intrafamiliar a hermanos W1. Testigo de violencia domestica W7. Testigo de asesinato* W9. Exposición a guerras o conflictos armados*
Victimización por Internet	INT2. Solicitudes sexuales no deseadas por Internet INT1. Acoso por Internet

*Media de malestar calculada con menos de 5 participantes.

6.2 Victimización en el último año

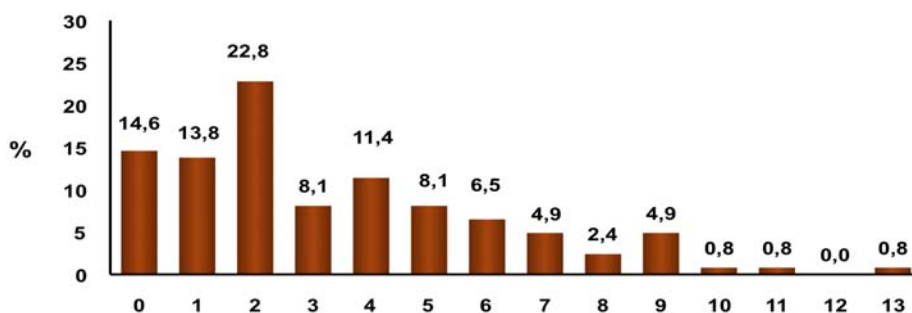
6.2.1 Incidencia: resultados generales

El 85,4% de los adolescentes ha sufrido alguna forma de victimización a lo largo del último año; concretamente, el 91,1% de los chicos y el 81,8% de las chicas.

Los adolescentes viven una media de 3,34 formas diferentes de victimización a lo largo del último año (chicos $M=3,47$; $D.T.=2,86$; chicas $M=3,29$; $D.T.=2,83$), con un rango de 0 a 13 victimizaciones.

Como se puede apreciar en el Gráfico 7, la situación más común es aquella en la que el joven ha experimentado dos tipos de victimización diferentes (22,8%), destacando que aquellos adolescentes que han vivido 8 o más tipos conformarían el 10% superior.

Gráfico 7. Porcentaje del número de tipos de victimizaciones vividas durante el último año (n=123)

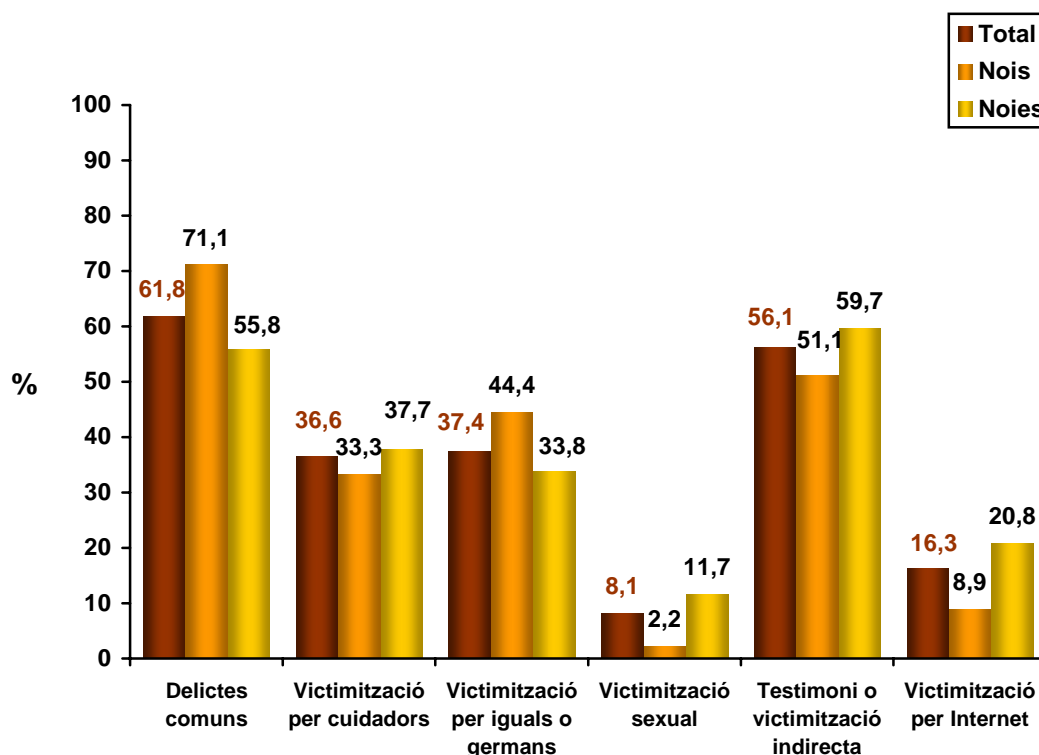


6.2.2 Incidencia: resultados según áreas de victimización

Como muestra el Gráfico 8, teniendo en cuenta únicamente el último año, el porcentaje de adolescentes provenientes de consulta clínica que han sufrido algún delito común (61,8%) o algún tipo de victimización indirecta (56,1%) es bastante elevado. A continuación se sitúa la victimización por iguales o

hermanos (37,4%) y la victimización por cuidadores (36,6%) y, por último, la victimización por Internet (16,3%) y la sexual (8,1%).

Gráfico 8. Incidencia según áreas de victimización (n=123)



Aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en la victimización informada durante el último año, sí que se observa cierta tendencia a que las chicas sufran más frecuentemente victimización sexual y victimización por Internet y los chicos sean víctimas de delitos comunes y de victimización por iguales o hermanos con más frecuencia.

Los *delitos comunes* más frecuentes durante el último año siguen la tendencia encontrada a lo largo de la vida, como se aprecia en la tabla 10. En este caso, obtienen una incidencia en torno al 25% y se refieren a robos sin violencia (C2), agresiones sin arma (C5) y amenazas de agresión (C7). Los chicos informan más a menudo de robos con violencia y sufren significativamente más a menudo agresiones sin arma.

Tabla 10. Delitos comunes: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
C1. Robo con violencia	12,2	20,0	7,9	0,34
C2. Robo sin violencia	22,2	22,2	22,1	0,99
C3. Vandalismo	14,6	11,1	17,1	0,88
C4. Agresión con arma	8,1	8,9	7,9	0,58
C5. Agresión sin arma	25,2	31,1	20,8	0,36*
C6. Intento de agresión	15,4	24,4	10,5	0,47
C7. Amenaza de agresión	27,6	37,8	22,4	0,88
C8. Secuestro	0,0	0,0	0,0	--
C9. Agresión por discriminación	4,1	4,4	3,9	0,88
Alguna victimización por delito común	61,8	71,1	55,8	0,51

En el *entorno familiar*, y como puede verse en la Tabla 11, el tipo de victimización más frecuente durante el último año vuelven a ser los episodios de violencia psicológica o emocional (M2). En segundo lugar, se sitúan los episodios de violencia física que, a pesar de iniciarse, como se ha expuesto en la Tabla 8, preferentemente durante la infancia, se mantienen vigentes en bastantes casos (16,3%) durante la adolescencia.

Tabla 11. Victimización por cuidadores: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
M1. Violencia física	16,3	15,6	15,8	1,02
M2. Violencia psicológica/emocional	27,6	24,4	30,3	1,37
M3. Negligencia	1,6	2,2	1,3	0,59
M4. Interferencia parental/Secuestro familiar	4,1	4,4	3,9	0,87
Alguna victimización por cuidadores	36,6	33,3	37,7	1,21

En la área de la *victimización por iguales o hermanos*, los episodios que más se repiten en el pasado reciente son las agresiones (P2) y el acoso emocional (P5), aunque este último experimenta una reducción importante en relación a una perspectiva temporal más amplia, como muestra la tabla 12. Por otra parte, se comprueba que la violencia en la pareja detectada a lo largo de la vida corresponde en todos los casos a episodios recientes.

Tabla 12. Victimización por iguales o hermanos: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
P1. Agresión por una banda o grupo	6,5	8,9	5,3	0,57
P2. Agresión por iguales o hermanos	17,9	24,4	14,5	0,52
P3. Agresión genital no sexual	2,4	6,7	0,0	--
P4. Acoso físico	8,1	2,2	11,8	5,91
P5. Acoso emocional	13,0	11,5	14,5	1,37
P6. Violencia en la pareja	2,4	2,2	2,6	1,19
Alguna victimización por iguales o hermanos	37,4	44,4	33,8	0,64

La Tabla 13 indica que el porcentaje de *victimización sexual* durante el último año es del 8,1%. Durante el último año, no existen casos de agresiones sexuales por adultos desconocidos (S2) pero sí existe algún caso por adultos conocidos en chicas (S1). Atendiendo a otras situaciones de victimización sexual con contacto, únicamente las chicas se ven implicadas en agresiones sexuales por iguales e intentos de violación (S3 y S4). Respecto a victimizaciones sexuales sin contacto, únicamente se dan situaciones de acoso sexual verbal (S6) en las chicas, y alcanzan el 6,6%.

Tabla 13. Victimización sexual: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
S1. Agresión sexual por adulto conocido	1,6	0,0	2,6	--
S2. Agresión sexual por adulto desconocido	0,0	0,0	0,0	--
S3. Agresión sexual por iguales	1,6	0,0	2,6	--
S4. Violación: intento o consumada	2,4	0,0	3,9	--
S5. Exhibicionismo/Exposición sexual	0,0	0,0	0,0	--
S6. Acoso sexual verbal	4,9	2,2	6,6	3,01
Alguna victimización sexual	8,1	2,2	11,7	5,82

La *exposición a violencia* afecta a más de mitad de los participantes (56,1%), como puede verse en la Tabla 14. Ser testigo de agresión sin arma (W4) es el tipo de victimización más frecuente de todas las evaluadas (40,7%). También destaca la frecuencia con que los menores presencian agresiones con arma a terceras personas (W3=20,3%). Por otra parte, la exposición a violencia familiar (W1 y W2) se sitúa en torno al 5% tanto la que se produce entre los padres como la que se dirige hacia los hermanos.

Tabla 14. Testigo o victimización indirecta: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
W1. Testigo de violencia doméstica	5,7	4,4	6,6	1,51
W2. Testigo de violencia intrafamiliar a hermanos	4,9	4,4	5,3	1,19
W3. Testigo de agresión con arma	20,3	20,0	20,8	1,05
W4. Testigo de agresión sin arma	40,7	33,3	45,5	1,67
W5. Robo en el domicilio	2,4	2,2	2,6	1,19
W6. Asesinato de familiar o amigo	0,8	2,2	0,0	--
W7. Testigo de asesinato	0,0	0,0	0,0	--
W8. Testigo de tiroteo, terrorismo o disturbios	3,3	6,7	1,3	0,19
W9. Exposición a guerras o conflictos armados	0,0	0,0	0,0	--
Alguna victimización por testigo o victimización indirecta	56,1	51,1	59,7	1,42

Como ilustra la tabla 15, la *victimización a través de la red* alcanza el 16,3% en conjunto. Tal como se ha comprobado en el apartado anterior, a diferencia de los chicos, las chicas se ven afectadas por situaciones de victimización sexual a través de Internet (INT2).

Tabla 15. Victimización por Internet: porcentaje por tipo de acontecimiento y OR

	Total	Chicos	Chicas	OR
INT1. Acoso por Internet	8,9	8,9	9,1	1,02
INT2. Solicitudes sexuales no deseadas por Internet	7,3	0,0	11,7	--
Alguna victimización por Internet	16,3	8,9	20,8	2,69

6.2.3 Características de la victimización: ocurrencia de los episodios

Adicionalmente, después de que el adolescente responda afirmativamente sobre la vivencia de una determinada forma de victimización se le pide que informe sobre cuántas veces ha tenido que afrontar aquella situación. Es preciso tener en cuenta que, en el contexto de la victimología del desarrollo no solo es importante explorar los acontecimientos victimizantes vividos por el adolescente, sino también la frecuencia con la que le han sucedido, dado que la gravedad de las consecuencias podría variar dependiendo de si se trata de un hecho aislado o poco frecuente o, por el contrario, se caracteriza por ser un

acontecimiento más bien recurrente. Precisamente, la entrevista realizada permite preguntar al joven sobre el número de ocasiones que le ha sucedido un tipo de victimización concreto a lo largo del último año.

Los principales resultados sobre la ocurrencia de los diferentes acontecimientos durante el último año se presentan en la Tabla 16, donde se han establecido tres categorías diferentes:⁷ a) menos de 2 episodios, b) de 2 a 4 episodios, y c) 5 o más episodios.

En general, se observa que la gran mayoría de victimizaciones evaluadas se dan entre 1 y 4 veces y una minoría presenta ocurrencias de 5 o más veces en el último año.

Los *delitos comunes* relativos a robos (C1 y C2), agresiones (C4 y C5) e intentos (C6) o amenazas de agresión (C7), a pesar de ser vividos por un número importante de menores, presentan ocurrencias cercanas a lo que podríamos calificar de episodio único ($Md=1$). En cambio, las agresiones por discriminación tienen ocurrencias bastante elevadas ($Md=10$), y se presentan como una condición más bien crónica en la vida de los adolescentes.

En relación a los episodios de *victimización por cuidadores*, las situaciones de interferencia parental (M4), violencia física o psicológica (M1 y M2) acostumbran a darse entre dos y tres veces a lo largo del último año, mientras que el trato negligente (M3) aparece de forma más continuada ($Md=7,5$).

Respecto a la *victimización por iguales o hermanos*, es poco habitual que esta tenga carácter crónico, aunque tanto la agresión física por iguales o hermanos (P2), la agresión genital no sexual (P3) como el acoso emocional (P5) acostumbran a repetirse entre dos y tres veces a lo largo de un año.

La *victimización sexual* con contacto (S1, S3 y S4) presenta ocurrencias cercanas al episodio único, mientras que el acoso sexual verbal (S6) obtiene una mediana de ocurrencia de 2. Por lo tanto, parece ser que durante la

⁷ La ocurrencia se ha calculado a partir de la mediana porque en distribuciones asimétricas o en presencia de valores atípicos es más robusta que la media aritmética.

adolescencia, y teniendo en cuenta un marco temporal de un año, estas formas de victimización tienden a ser acontecimientos bastante puntuales.

Todos los acontecimientos considerados dentro de *la exposición a violencia comunitaria* (W3 a W9) son de episodio único. En cambio, la *exposición a violencia familiar* tiende a producirse más de una vez al año: cuando es entre los padres la mediana es de dos veces, y cuando es de padres a hermanos se incrementa hasta cinco veces. Así, ser testigo de violencia intrafamiliar a hermanos parece responder a una dinámica familiar de resolución de problemas más instaurada que los episodios de violencia entre los padres.

Por último, las *victimizaciones* que tienen lugar *a través de la red* son en general bastante esporádicas, y se producen entre una y dos veces al año.

Tabla 16. Ocurrencia (mediana (*Md*) y rango intercuartílico (*Rl*)) de los acontecimientos según áreas de victimización

Módulos JVQ	Menos de 2 episodios en un año	De 2 a 4 episodios en un año	5 o más episodios en un año
Delitos comunes	C1. Robo con violencia (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =1,0) C2. Robo sin violencia (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =1,0) C5. Agresión sin arma (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =3,2) C6. Intento de agresión (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =1,0) C7. Amenaza de agresión (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =1,0) C4. Agresión con arma (<i>Md</i> =1,5; <i>Rl</i> =3,0)	C3. Vandalismo (<i>Md</i> =2; <i>Rl</i> =2,2)	C9. Agresión por discriminación (<i>Md</i> =10; <i>Rl</i> =15,0)
Victimización por cuidadores		M1. Violencia física (<i>Md</i> =2; <i>Rl</i> =2,0) M4. Interferencia parental/Secuestro familiar (<i>Md</i> =2; <i>Rl</i> =0,7)* M2. Violencia psicológica/emocional (<i>Md</i> =3; <i>Rl</i> =5,0)	M3. Negligencia (<i>Md</i> =7,5; <i>Rl</i> =5,0)*
Victimización por iguales o hermanos	P1. Agresión por una banda o grupo (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =4,5) P6. Violencia en la pareja (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =1,0)* P4. Acoso físico (<i>Md</i> =1,5; <i>Rl</i> =1,7)	P2. Agresión por iguales o hermanos (<i>Md</i> =2; <i>Rl</i> =4,0) P3. Agresión genital no sexual (<i>Md</i> =2; <i>Rl</i> =2)* P5. Acoso emocional (<i>Md</i> =3; <i>Rl</i> =8,2)	
Victimización sexual	S1. Agresión sexual por un adulto conocido (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =0,0)* S4. Violación: intento o consumada (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =0,0)* S3. Agresión sexual por iguales (<i>Md</i> =1,5; <i>Rl</i> =1,0)*	S6. Acoso sexual verbal (<i>Md</i> =2; <i>Rl</i> =1,2)	
Testigo o victimización indirecta	W3. Testigo de agresión con arma (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =2,0) W4. Testigo de agresión sin arma (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =2,0) W5. Robo en el domicilio (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =0,0)* W6. Asesinato de familiar o amigo (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =0,0)* W8. Testigo de tiroteo, terrorismo o disturbios (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =0,0)*	Testigo	W2. Testigo de violencia intrafamiliar a hermanos (<i>Md</i> =5; <i>Rl</i> =8,7)
Victimización por Internet	INT2. Solicitudes sexuales no deseadas por Internet (<i>Md</i> =1; <i>Rl</i> =0,0)	INT1. Acoso por Internet (<i>Md</i> =2; <i>Rl</i> =1,0)	

*Mediana (*Md*) y rango intercuartílico (*Rl*) de la frecuencia calculada a partir de menos de 5 sujetos.

**No se muestran aquellos ítems con ninguna ocurrencia (C8, S2, S5, W7 y W9).

6.2.4 Características de la victimización: lesiones físicas del último episodio

Para aquellas victimizaciones que implican el uso de la fuerza o que pueden implicar daño físico se pedía al joven información sobre la presencia y tipo de lesiones sufridas en el último episodio. Los resultados del análisis de esta información aparecen en la Tabla 17.

En global, se puede decir que el 30,1% de los jóvenes entrevistados ha sufrido alguna lesión derivada de uno o más episodios de victimización. El 17,9% sufre una lesión de carácter leve (pequeño cardenal, arañazo o corte) fruto de la victimización y el 8,1% de carácter moderado (cardenal grande, corte grande o profundo, ojo morado o hemorragia nasal). Las lesiones más graves son menos frecuentes pero están presentes, como por ejemplo sufrir un esguince, hueso o diente roto o quedarse inconsciente (2,4% o 0,8%, respectivamente).

Por módulos, se observa que los delitos comunes producen lesiones en aproximadamente el 20% de los casos, la victimización por iguales o hermanos en el 15% y la victimización por cuidadores en el 10%. Por otra parte, la victimización sexual y por exposición a tiroteos, disturbios (W8) o guerras (W9) produce en muy pocos casos lesiones físicas en el grupo analizado.

Tabla 17. Presencia y tipo de lesiones resultantes de la victimización durante el último año por módulos (%)

Victimizaciones	Tipo de lesión (%)							
	Ninguna lesión	Pequeño cardenal, arañazo o corte	Cardenal grande, corte grande o profundo, ojo morado o hemorragia nasal	Esguince, hueso o diente roto	Herida o lesión interna	Quedarse sin sentido o inconsciente	Otro tipo de daño que duró hasta el día siguiente	Otros
Delitos comunes ¹	80,5	10,6	4,9	1,6	-	-	0,8	1,6
Victimización por cuidadores ²	90,2	4,9	2,4	0,8	-	-	1,6	0,8
Victimización por iguales o hermanos ³	85,4	9,8	4,9	-	-	-	0,8	-
Victimización sexual ⁴	98,4	0,8	-	-	-	0,8	-	-
Testigo o victimización indirecta ⁵	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Global	69,9	17,9	8,1	2,4	-	0,8	2,4	1,6

¹ Incluye: C1, C3, C4, C5, C6, C8 y C9.

² Incluye: M1, M3 y M4.

³ Incluye: P1, P2, P3, P4 y P6.

⁴ Incluye: S1, S3, S3 y S4.

⁵ Incluye: W8 y W9.

6.2.5 Características de la victimización: victimarios en el último episodio

La entrevista realizada con los jóvenes también pedía información sobre las características del victimario en relación al último episodio. Así, se preguntaba sobre el número de participantes en el hecho, el tipo de relación con los victimarios o las características de sexo y edad de los mismos, informando previamente que se consideraban hombres o mujeres aquellas personas con 18 años o más y chicos o chicas aquellas menores de 18 años.

Tal como se observa en la Tabla 18 relativa a los diferentes tipos de *delitos comunes*, la participación de más de una persona es frecuente en robos (C1 y C2), vandalismo (C3), agresión con arma (C4) e intentos de agresión (C6) (en torno al 40% de los casos) y especialmente destacable en los casos de agresión por discriminación (C9) (80%). En cuanto al tipo de relación, lo más frecuente es que los delitos comunes sean perpetrados por personas desconocidas o por chicos y chicas que son amigos, vecinos o compañeros de escuela. La participación de amigos, vecinos o compañeros es destacable en la mayoría de delitos comunes (C2, C3, C5, C6 y C7) y especialmente en las agresiones por discriminación (C9) (80,0%). La implicación de personas desconocidas es destacable en los robos con violencia (53,0%) y los intentos de agresión (52,6%). Respecto al sexo del victimario, se observa una mayor implicación del sexo masculino, excepto en los robos sin violencia.

Respecto a la *victimización por cuidadores* (Tabla 19), lo más frecuente es que haya un único victimario pero en algunos casos (entre el 12,5% y el 20%) hay otras personas implicadas. Los principales perpetradores son los padres, pero con frecuencias bajas podemos encontrar otros familiares y hermanos o hermanastros (generalmente mayores de edad). En las situaciones de violencia física existe una participación equilibrada del padre y la madre, pero en la violencia psicológica o emocional destaca más la madre de la víctima como perpetradora (60%). En los casos de negligencia durante la adolescencia, los jóvenes únicamente valoran la implicación de la madre; y, respecto a los de interferencia parental, a parte del padre puede estar implicada la pareja de uno

de los padres. En cuanto al sexo del victimario, la distribución es equitativa, excepto en el caso de la negligencia.

Respecto a la *victimización por iguales o hermanos* (Tabla 20), la implicación de más de un victimario tiene lugar en algunas ocasiones en las agresiones (P2) y el acoso físico (P4), pero muy a menudo en el acoso emocional (P5) (75,0%) que generalmente es perpetrado por amigos, vecinos o compañeros de escuela (71,4%). En las agresiones, participan más a menudo los hermanos o hermanastros (68,9%) que otros conocidos menores de edad (22,7%), lo mismo sucede en el acoso físico (50,0% y 30,0%, respectivamente). Por último, se observa un predominio del sexo masculino.

La *victimización sexual* (Tabla 21) en que existe contacto físico es perpetrada en todos los casos por un único victimario, en cambio en el acoso sexual verbal participan otras personas en el 33,3% de los casos. A estas edades, los abusos por parte de adultos conocidos no implican a familiares sino a otros adultos conocidos (profesores, entrenadores, vecinos); aunque cabe decir que el número de casos es muy reducido para extraer datos concluyentes. En los casos de violación de que disponemos se observa una participación por igual de parejas sentimentales, conocidos menores de edad (amigos, vecinos y compañeros de escuela) y adultos conocidos no familiares. El predominio del sexo masculino entre los perpetradores es absoluto en este tipo de victimizaciones.

Respecto a la *victimización indirecta* (Tabla 22), en el contexto familiar encontramos que la participación de un único victimario es la norma cuando se refiere a la exposición a violencia entre los padres o parejas de estos, pero que a menudo implica a más de una persona (50% de los casos) cuando se habla de la exposición a violencia hacia los hermanos. Respecto a la exposición a violencia comunitaria también acostumbran a estar implicadas varias personas. La participación del padre del menor es más frecuente que la de la madre y, en general, se observa un predominio del sexo masculino entre los perpetradores.

Respecto a la *victimización por Internet* (Tabla 23), se observa que este medio no solo es utilizado por menores de edad sino también por adultos. En el acoso

por Internet, si solo atendemos a los victimarios menores de edad, podría haber más chicas implicadas que chicos. En los casos de solicitudes sexuales no deseadas por Internet se da un predominio masculino. El tipo de relación que se mantiene con el victimario en los casos de victimización por Internet es bastante variada, únicamente destacaría en el acoso sin connotaciones sexuales, que podría englobarse como forma de «ciberbullying», la participación de amigos o conocidos de la escuela respecto a otros colectivos.

Tabla 18. Delitos comunes: presencia de un único victimario, tipo de relación más frecuente y características del victimario (%)

	n	Un victimario	Tipo de relación más frecuente con el victimario	(%)	Características victimario**			
					Hombre	Mujer	Chico	Chica
C1. Robo con violencia	15	66,7	Persona desconocida	53,0	46,7	6,7	40,0	6,7
			Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	20,0				
C2. Robo sin violencia	27	63,2	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	53,8	16,0	40,0	20,0	28,0
			Persona desconocida	34,6				
C3. Vandalismo	18	64,7	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	50,0	16,7	0,0	44,4	36,8
			Hermano/a o hermanastro/a	22,3				
C4. Agresión con arma	10	60,0	Persona desconocida	30,0	40,0	20,0	50,0	10,0
			Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	30,0				
C5. Agresión sin arma	31	71,0	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	50,0	29,0	16,1	41,9	22,6
			Persona desconocida	23,3				
C6. Intento de agresión	19	61,1	Persona desconocida	52,6	21,1	0,0	52,6	33,3
			Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	47,4				
C7. Amenaza de agresión	34	81,8	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	52,9	17,6	8,8	47,1	26,5
			Persona desconocida	23,5				
C9. Agresión por discriminación	5	20,0	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	80,0	33,3	0,0	60,0	20,0
			Persona desconocida	20,0				

*No se muestran aquellos ítems con ninguna ocurrencia (C8).

**Las características del victimario pueden sumar más de 100% por la implicación de más de una persona o no llegar, ya que no se han incluido las respuestas 'No sabe/No contesta'.

Tabla 19. Victimización por cuidadores: presencia de un único victimario, tipo de relación más frecuente y características del victimario (%)

	n	Un victimario	Tipo de relación más frecuente con el victimario	(%)	Características victimario**			
					Hombre	Mujer	Chico	Chica
M1. Violencia física	20	80,0	Padre Madre	50,0 55,5	52,0	48,0	0,0	0,0
M2. Violencia psicológica/emocional	34	87,5	Madre Padre	51,5 39,4	51,5	51,4	0,0	0,0
M3. Negligencia	2	100,0	Madre	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0
M4. Interferencia parental/Secuestro familiar	5	80,0	Madre Padre Pareja actual de uno de los padres	60,0 40,0 20,0	60,0	60,0	0,0	0,0

**Las características del victimario pueden sumar más de 100% por la implicación de más de una persona o no llegar, ya que no se han incluido las respuestas 'No sabe/No contesta'.

Tabla 20. Victimización por iguales o hermanos: presencia de un único victimario, tipo de relación más frecuente y características del victimario (%)

	n	Un victimario	Tipo de relación más frecuente con el victimario	(%)	Características victimario**			
					Hombre	Mujer	Chico	Chica
P1. Agresión por una banda o grupo	8	12,5*	(no pertinente)		0,0	0,0	100,0	0,0
P2. Agresión por iguales o hermanos	22	81,0	Hermano/a o hermanastro/a Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	68,9 22,7	31,8	13,6	45,5	18,2
P3. Agresión genital no sexual	3	100,0	Chico/a con quien sales o salías Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	66,7 33,3	0,0	0,0	100,0	0,0
P4. Acoso físico	10	80,0	Hermano/a o hermanastro/a Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	50,0 30,0	30,0	10,0	30,0	30,0
P5. Acoso emocional	16	25,0	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años) Persona desconocida	71,4 21,4	6,3	0,0	62,5	43,8
P6. Violencia en la pareja	3	100,0	Chico/a con quien sales o salías	100,0	33,3	0,0	33,3	33,3

*Es probable que el menor haya sido atacado por un grupo o banda pero que el autor de la agresión sea uno de sus integrantes.

**Las características del victimario pueden sumar más de 100% por la implicación de más de una persona o no llegar, ya que no se han incluido las respuestas 'No sabe/No contesta'.

Tabla 21. Victimización sexual: presencia de un único victimario, tipo de relación más frecuente y características del victimario (%)

	n	Un victimario	Tipo de relación más frecuente con el victimario	(%)	Características victimario**			
					Hombre	Mujer	Chico	Chica
S1. Agresión sexual por adulto conocido	2	100,0	Adulto conocido no familiar (profesor, entrenador...)	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
S3. Agresión sexual por iguales	2	100,0	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años) No sabe/No contesta	50,0 50,0	0,0	0,0	50,0	0,0
S4. Violación: intento o consumada	3	100,0	Chico/a con quien sales o salías Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años) Adulto conocido no familiar (profesor, entrenador...)	33,3 33,3 33,3	66,7	0,0	33,3	0,0
S6. Acoso sexual verbal	6	66,7	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años) Persona desconocida Chico/a con quien sales o salías	50,0 33,3 16,7	33,3	0,0	66,7	0,0

*No se muestran aquellos ítems con ninguna ocurrencia (S2 y S5)

**Las características del victimario pueden sumar más de 100% por la implicación de más de una persona o no llegar, ya que no se han incluido las respuestas 'No sabe/No contesta'.

Tabla 22. Testigo o victimización indirecta: presencia de un único victimario, tipo de relación más frecuente y características del victimario (%)

	n	Un victimario	Tipo de relación más frecuente con el victimario	(%)	Características victimario**			
					Hombre	Mujer	Chico	Chica
W1. Testigo de violencia doméstica	7	100,0	Padre Madre Pareja actual de uno de los padres	57,1 28,6 14,3	71,4	28,6	0,0	0,0
W2. Testigo de violencia intrafamiliar a hermanos	6	50,0	Padre Madre Pareja actual de uno de los padres	50,0 33,3 33,3	66,7	83,3	0,0	0,0
W3. Testigo de agresión con arma	25	39,1	Persona desconocida Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	72,0 28,0	52,0	12,0	32,0	16,0
W4. Testigo de agresión sin arma	50	43,9	Persona desconocida Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela (<18 años)	46,8 44,7	31,1	4,4	62,2	15,6
W5. Robo en el domicilio	3	50,0	Persona desconocida Hermano/a o hermanastro/a	50,0 50,0	100,0	0,0	0,0	0,0
W6. Asesinato de familiar o amigo	1	No lo sabe	No lo sabe					

*No se muestran aquellos ítems con ninguna ocurrencia (W7 y W9) o donde la pregunta no es pertinente (W8 y W9).

**Las características del victimario pueden sumar más de 100% por la implicación de más de una persona o no llegar, ya que no se han incluido las respuestas 'No sabe/No contesta'.

Tabla 23. Victimización por Internet: presencia de un único victimario, tipo de relación más frecuente y características del victimario (%)

	n	Un victimario	Tipo de relación más frecuente con el victimario	(%)	Características victimario**			
					Hombre	Mujer	Chico	Chica
INT1. Acoso por Internet	11	66,3	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela Chico/a con quien sales o salías Familiar adulto	30,0 10,0 10,0	18,2	0,0	18,2	27,3
INT2. Solicitudes sexuales no deseadas por Internet	9	77,8	Amigo/a, vecino/a o compañero/a de escuela Amigo/a, vecino/a o compañero/a de otros lugares Otros	25,0 25,0 25,0	33,3	0,0	33,3	0,0

**Las características del victimario pueden sumar más de 100% por la implicación de más de una persona o no llegar, ya que no se han incluido las respuestas 'No sabe/No contesta'.

6.3 Perfil de los adolescentes polivictimizados

Al estudiar el fenómeno de la polivictimización, atendiendo a las sugerencias de Finkelhor [et al.] (2007), se han establecido tres grupos de víctimas teniendo en cuenta el número de victimizaciones que han sufrido los adolescentes a lo largo de su vida. Concretamente, un primer grupo ha quedado formado por los adolescentes que han sufrido un número de victimizaciones inferior o igual a la media de acontecimientos correspondiente al grupo de adolescentes entrevistado, un segundo grupo que ha quedado formado por los participantes que han sufrido un número de acontecimientos superior a este mismo valor y, finalmente, dentro de este segundo grupo se ha definido un tercer grupo de adolescentes que se establece tomando como punto de corte el percentil 90.

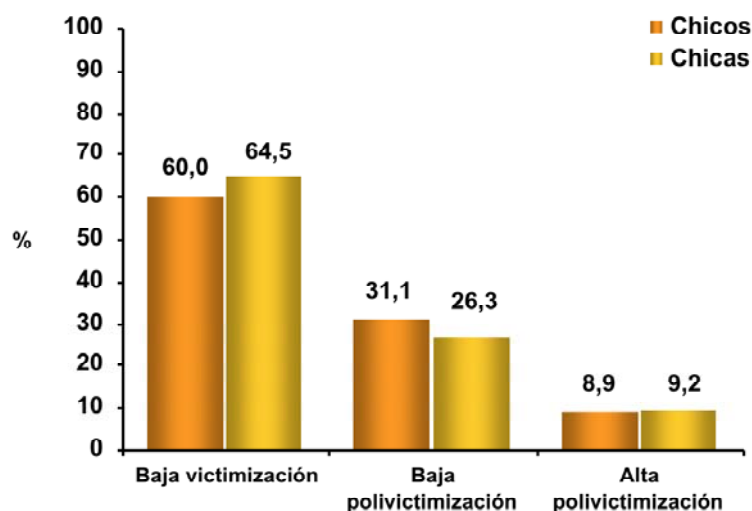
De esta manera, los tres grupos han quedado definidos como sigue:

- a) grupo de *baja victimización*, donde se incluyen los adolescentes que han sufrido entre 1 y 6 tipos de acontecimientos victimizantes;
- b) grupo de *baja polivictimización*, formado por aquellos adolescentes que han sufrido entre 7 y 11 acontecimientos; y
- c) grupo de *alta polivictimización* donde se incluyen los adolescentes que han sufrido 12 o más acontecimientos victimizantes diferentes.

Siguiendo esta diferenciación, el 63,1% de los adolescentes víctimas entraría en la clasificación de grupo de baja victimización, el 27,9% en el de baja polivictimización y, finalmente, el 9,0% formaría parte del grupo de alta polivictimización.

Adicionalmente, en el Gráfico 9 se muestra el porcentaje de adolescentes por cada uno de los grupos teniendo en cuenta el sexo y, como se puede observar, los porcentajes de chicos y chicas que se clasifican en cada una de las categorías establecidas es muy similar.

Gráfico 9. Prevalencia según áreas de victimización (n=121)



Entrando en más detalle, las características de estos tres grupos de adolescentes respecto a algunas variables demográficas, como el sexo y la edad, y los diferentes tipos de acontecimientos victimizantes sufridos, se muestran en la Tabla 24.

Tabla 24. Polivictimización: porcentaje por variables sociodemográficas, tipo de victimización y V de Cramer (V).

	Baja victimización (n=77)	Baja polivictimización (n=34)	Alta polivictimización (n=11)	V de Cramer
<i>Variables sociodemográficas</i>				
Chicos (%)	35,5	41,2	36,4	0,05
Edad (M y D.T.)	14,0 (1,33)	14,8 (1,65)	14,5 (0,93)	--
<i>Victimización (%)</i>				
C. Delitos comunes	74,0	97,1	100,0	0,30
M. Victimización por cuidadores	32,5	73,5	90,9	0,45
P. Victimización por iguales o hermanos	50,6	88,2	100,0	0,42
S. Victimización sexual	7,8	26,5	54,5	0,38
W. Testigo o victimización indirecta	71,4	91,2	100,0	0,27
INT. Victimización por Internet	16,9	26,5	72,7	0,36

Como se podría esperar, dado que la propia definición de polivictimización implica la acumulación de acontecimientos victimizantes, el porcentaje de adolescentes víctimas se incrementa del grupo de baja victimización, pasando por el grupo de baja polivictimización, hasta el grupo de alta polivictimización.

Cabe destacar que la totalidad de jóvenes con alta polivictimización ($n=11$) han sufrido algún tipo de delito común, de victimización por iguales o hermanos y de victimización indirecta.

Al comparar los tres grupos en cuanto a sexo y edad, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas respecto a la relación entre el tipo de víctima y el sexo ($\chi^2(2)=0,325$; $p > 0,05$; $V=0,05$), pero sí que se encuentran diferencias respecto a la edad de los adolescentes de los tres grupos establecidos ($F(2,119)=3,258$; $p < 0,05$). Concretamente, las comparaciones *a posteriori* indican diferencias entre el grupo de baja victimización y el grupo de baja polivictimización, con un tamaño del efecto de $d=0,56$. Este dato podría explicarse parcialmente por el paso del tiempo, en el sentido de que a medida que van pasando los años es más probable que un niño o una niña haya sufrido más acontecimientos victimizantes. Tal como plantea Finkelhor, Ormrod y Turner (2009), para corregir el efecto del paso del tiempo y conocer las características de las polivíctimas, sería preciso especificar una definición de polivictimización para diferentes grupos de edad. Sin embargo, dado el tamaño muestral utilizado en este proyecto, no ha sido posible definir diferentes grupos de chicos y chicas polivíctimas en función de su edad.

Al analizar la relación existente entre el grupo de pertenencia y la experiencia de victimización según los módulos, se encuentran asociaciones estadísticamente significativas en todos los casos,⁸ con coeficientes de contingencia de Cramer que oscilan entre $V=0,27$ para la victimización indirecta y $V=0,45$ para la victimización por cuidadores. Como se ha comentado con anterioridad, en ambos casos los grupos quedan ordenados de menor a mayor porcentaje de adolescentes que ha sufrido el correspondiente tipo de victimización, desde el grupo de baja victimización hasta el grupo de alta polivictimización.

A fin de conocer, con más profundidad, cómo se distribuyen los diferentes tipos de acontecimientos victimizantes de cada uno de los seis módulos en los tres

⁸ Es preciso tener en cuenta que, en ciertos análisis, las frecuencia esperadas de algunas casillas son inferiores a 5.

grupos establecidos se ha repetido el análisis anterior para cada acontecimiento.⁹

En el caso de los *delitos comunes*, los resultados se muestran en la Tabla 25. Es preciso destacar la relevancia de la asociación en la agresión por discriminación ($V=0,48$), la agresión sin arma ($V=0,47$) y la agresión con arma ($V=0,45$), donde el grupo de alta polivictimización se encuentra claramente más victimizado que el resto de grupos, con un porcentaje de victimización del 45,5%, 90,9%, y 36,4%, respectivamente.

Tabla 25. Delitos comunes: porcentaje por grupo de victimización y V.

	Baja victimización ($n=77$)	Baja polivictimización ($n=34$)	Alta polivictimización ($n=11$)	V de Cramer
C1. Robo con violencia	10,4	35,3	54,5	0,28
C2. Robo sin violencia	35,1	50,0	72,7	0,20
C3. Vandalismo	20,8	41,2	36,4	0,18
C4. Agresión con arma	0,0	23,5	36,4	0,45
C5. Agresión sin arma	24,7	64,7	90,9	0,47
C6. Intento de agresión	16,9	41,2	45,5	0,23
C7. Amenaza de agresión	22,1	61,8	63,6	0,40
C8. Secuestro	2,6	8,8	0,0	0,15
C9. Agresión por discriminación	1,3	8,8	45,5	0,48

Respecto a la *victimización por cuidadores* (véase la Tabla 26), es especialmente destacable la asociación en el caso de la violencia física ($V=0,54$) y la violencia psicológica/emocional ($V=0,43$), donde el grupo de alta polivictimización presenta un porcentaje de 81,8% y 90,9%, respectivamente.

⁹ De nuevo, para interpretar los resultados, es preciso tener presente que en ciertos análisis las frecuencias esperadas de algunas casillas son inferiores a 5.

Tabla 26. Victimización por cuidadores: porcentaje por grupo de victimización y V.

	Baja victimización (n=77)	Baja polivictimización (n=34)	Alta polivictimización (n=11)	V de Cramer
M1. Violencia física	9,1	44,1	81,8	0,54
M2. Violencia psicológica/emocional	24,7	55,9	90,9	0,43
M3. Negligencia	2,6	2,9	18,2	0,22
M4. Interferencia parental/Secuestro familiar	3,9	14,7	18,2	0,21

En la Tabla 27 se presentan los datos para el módulo de *victimización por iguales o hermanos*. Al analizar los diferentes acontecimientos por separado, destaca primordialmente el acoso físico ($V=0,53$), donde en el grupo de baja victimización obtiene una prevalencia de 5,2%, en el grupo de baja polivictimización de 23,5% y, finalmente, de 72,7% en el grupo de alta polivictimización.

Tabla 27. Victimización por iguales o hermanos: porcentaje por grupo de victimización y V.

	Baja victimización (n=77)	Baja polivictimización (n=34)	Alta polivictimización (n=11)	V de Cramer
P1. Agresión por una banda o grupo	3,9	8,8	45,5	0,41
P2. Agresión por iguales o hermanos	18,2	47,1	63,6	0,36
P3. Agresión genital no sexual	2,6	14,7	0,0	0,24
P4. Acoso físico	5,2	23,5	72,7	0,53
P5. Acoso emocional	28,6	52,9	63,6	0,27
P6. Violencia en la pareja	1,3	2,9	9,1	0,14

En relación a la *victimización sexual, testigo o victimización indirecta y victimización por Internet*, en las Tablas 28 a 30 se presentan los porcentajes observados en los tres grupos de víctimas específicos para cada uno de los acontecimientos de los tres módulos.

En todos los casos la magnitud de la asociación entre el grupo de pertenencia y el tipo de acontecimiento es destacable, pero inferior a las observadas en el resto de módulos. En el caso de la victimización sexual destaca la agresión sexual por adulto desconocido ($V=0,41$), donde únicamente el grupo de alta

polivictimización ha sufrido este acontecimiento. Haber sido testigo de violencia intrafamiliar a hermanos es el acontecimiento con una intensidad de asociación más destacada ($V=0,33$) respecto al módulo de victimización indirecta, con una prevalencia del 45,5% en el grupo de alta polivictimización. Finalmente, en el caso del módulo de victimización por Internet, el acoso mediante este medio es el acontecimiento que presenta un mayor grado de asociación en relación al grupo de victimización ($V=0,35$), donde el grupo de alta polivictimización presenta una prevalencia que alcanza el 54,5%.

Tabla 28. Victimización sexual: porcentaje por grupo de victimización y V.

	Baja victimización (n=77)	Baja polivictimización (n=34)	Alta polivictimización (n=11)	V de Cramer
S1. Agresión sexual por adulto conocido	3,9	23,5	9,1	0,29
S2. Agresión sexual por adulto desconocido	0,0	0,0	18,2	0,41
S3. Agresión sexual por iguales	0,0	2,9	18,2	0,33
S4. Violación: intento o consumada	1,3	8,8	18,2	0,25
S5. Exhibicionismo/Exposición sexual	1,3	8,8	27,3	0,32
S6. Acoso sexual verbal	2,6	5,9	18,2	0,18

Tabla 29. Testigo o victimización indirecta: porcentaje por grupo de victimización y V.

	Baja victimización n (n=77)	Baja polivictimización n (n=34)	Alta polivictimización n (n=11)	V de Cramer
W1. Testigo de violencia doméstica	10,4	17,6	45,5	0,27
W2. Testigo de violencia intrafamiliar a hermanos	3,9	17,6	36,4	0,33
W3. Testigo de agresión con arma	20,8	55,9	63,6	0,27
W4. Testigo de agresión sin arma	48,1	70,6	100,0	0,26
W5. Robo en el domicilio	6,5	29,4	9,1	0,24
W6. Asesinato de familiar o amigo	7,8	0,0	0,0	0,17
W7. Testigo de asesinato	0,0	2,9	0,0	0,11
W8. Testigo de tiroteo, terrorismo o disturbios	2,6	11,8	45,5	0,30
W9. Exposición a guerras o conflictos armados	0,0	2,9	0,0	0,15

Tabla 30. Victimización por Internet: porcentaje por grupo de victimización y V.

	Baja victimización (n=77)	Baja polivictimización (n=34)	Alta polivictimización (n=11)	V de Cramer
INT1. Acoso por Internet	9,1	17,6	54,5	0,35
INT2. Solicitudes sexuales no deseadas por Internet	9,1	14,7	27,3	0,20

6.4 Relación entre victimización y psicopatología

A fin de determinar el nivel de sintomatología psicológica de los adolescentes se ha aplicado el YSR, con el que se han obtenido tres puntuaciones por cada participante: a) sintomatología *internalizante*, que incluye las escalas de Ansiedad/Depresión, Aislamiento/Depresión, y Quejas somáticas; b) sintomatología *externalizante*, que incluye las escalas de Transgresión de normas y Conducta agresiva; y c) sintomatología *general*, que además de las dos puntuaciones anteriores incluye las escalas de Problemas sociales, Problemas de pensamiento, y Problemas de atención.

Es preciso puntualizar que, al estudiar la relación entre la presencia de sintomatología psicológica y el nivel o grado de victimización, se ha seguido trabajando con la división en tres grupos presentada en el apartado anterior, a saber: grupo de *victimización* (entre 1 y 6 acontecimientos victimizantes), grupo de *baja polivictimización* (entre 7 y 11 acontecimientos victimizantes) y grupo de *alta polivictimización* (12 o más acontecimientos victimizantes).

Las puntuaciones obtenidas en el instrumento de psicopatología YSR por cada uno de los grupos de víctimas se presentan en la Tabla 31. Como se puede observar, la tendencia en las tres puntuaciones del YSR es la misma, es decir, el grupo de baja victimización obtiene las puntuaciones más bajas, seguido del grupo de baja polivictimización que presenta puntuaciones ligeramente superiores y, finalmente, el grupo de alta polivictimización que obtiene las puntuaciones más elevadas. En este sentido, la tendencia parece definirse en la dirección de a mayor de victimización mayor nivel de malestar psicológico internalizante, externalizante y general.

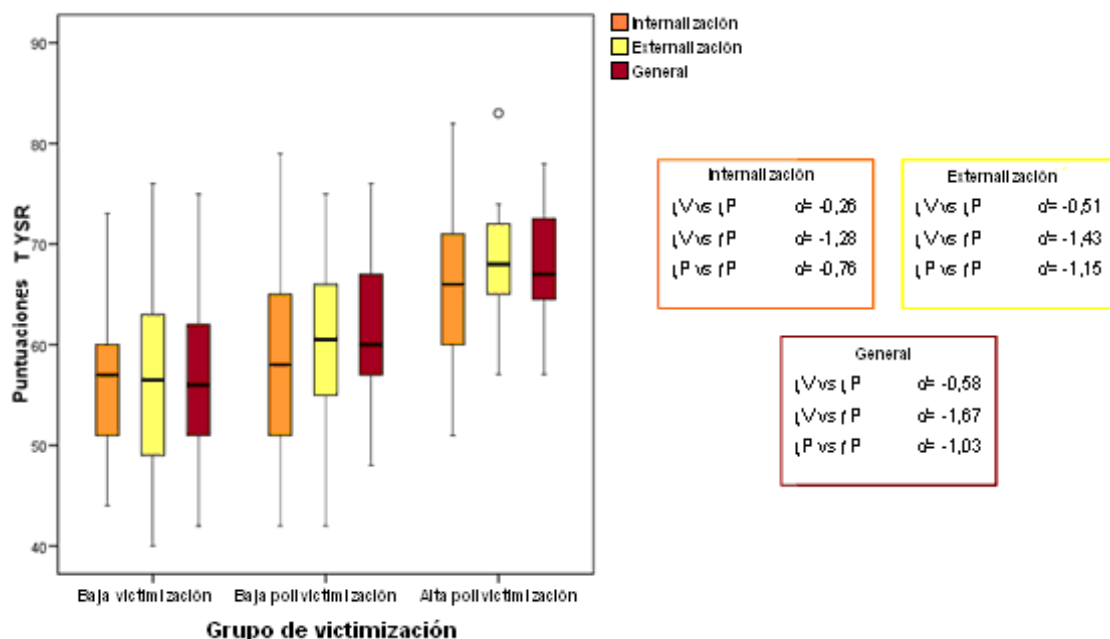
Tabla 31. Puntuaciones del YSR (*M* y *D.T.*) por grupo de victimización.

	Baja victimización (<i>n</i> =74)	Baja polivictimización (<i>n</i> =34)	Alta polivictimización (<i>n</i> =11)
Sintomatología internalizante	56,4 (6,71)	58,4 (9,24)	65,6 (10,15)
Sintomatología externalizante	55,8 (9,39)	60,3 (7,61)	68,8 (6,73)
Sintomatología general	56,9 (6,98)	61,0 (7,41)	68,4 (6,26)

Esta aparente tendencia se ha analizado estadísticamente, obteniendo diferencias significativas en la sintomatología internalizante ($F(2,118)=6,813$; $p < 0,05$), externalizante ($F(2,118)=11,968$; $p < 0,05$), así como en la sintomatología general ($F(2,118)=14,427$; $p < 0,05$).

Los análisis *a posteriori* han mostrado que estas diferencias se dan entre todos los grupos en el caso de las puntuaciones en sintomatología externalizante y general (todos los p valores $< 0,05$), mientras que en el caso de la sintomatología internalizante las diferencias se dan entre todas las comparaciones dos a dos exceptuando la comparación entre el grupo de baja victimización y el grupo de baja polivictimización. La magnitud de estas diferencias (d de Cohen) se muestran en el Gráfico 10, donde se representan las distribuciones de las puntuaciones mediante diagramas de cajas.

Gráfico 10. Distribución de las puntuaciones T del YSR según grupo de victimización.



↓V: grupo de baja victimización; ↓P: grupo de baja polivictimización; ↑P: grupo de alta polivictimización

Como puede observarse, a excepción de las comparaciones entre los grupos de baja victimización y baja polivictimización, todo el resto de comparaciones presentan tamaños del efecto entre moderados (*internalización* en la comparación ↓P versus ↑P) y elevados, en este último caso destacando especialmente aquellos relativos a la comparación entre el grupo de baja victimización y alta polivictimización (↓V versus ↑P).

Siguiendo el planteamiento de los trabajos de Finkelhor, Ormrod y Turner (2007, 2009), a fin de explorar la contribución de cada módulo de victimización a la explicación del nivel de sintomatología internalizante, externalizante y general en comparación con la contribución de la acumulación de acontecimientos victimizantes, los datos se sometieron a una regresión múltiple paso a paso. En la Tabla 32 se muestran los resultados de estos análisis, donde se especifican los coeficientes de regresión estandarizados (β), el valor del estadístico t y el correspondiente p valor que informan sobre la contribución específica de cada una de las variables que han entrado a formar parte del modelo, así como el coeficiente de determinación corregido (R^2) que informa de la variabilidad explicada por el modelo de regresión en cuestión.

Tabla 31. Puntuaciones del YSR (*M* y *D.T.*) por grupo de victimización.

	Internalización			Externalización			General		
	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
C. Delitos comunes									
M. Victimización por cuidadores	0,249	2,905	0,004				0,362	4,491	<,001
P. Victimización por iguales o hermanos									
S. Victimización sexual	0,212	2,499	0,014				0,252	3,160	0,002
W. Testigo o victimización indirecta									
INT. Victimización por Internet	0,233	2,756	0,007				0,181	2,282	0,024
Número total de victimizaciones				0,481	5,980	< 0,001			
Coefficiente de determinación (R^2)		0,22			0,22			0,31	

Como puede observarse, *la acumulación de acontecimientos victimizantes* presenta una destacada contribución en la explicación de la sintomatología externalizante, mientras que en el caso de la sintomatología internalizante y la general tomaría el relevo *la victimización por cuidadores, la victimización sexual y la victimización por Internet.*

7. Conclusiones

El presente estudio, enmarcado dentro la perspectiva de la victimología del desarrollo (Finkelhor, 2007), muestra que la victimización infanto-juvenil en nuestro país es un problema mucho más extendido de lo que inicialmente podría plantearse.

Ampliando los trabajos previos llevados a cabo en otras zonas del Estado español a partir de las propias respuestas de los jóvenes, como los de Hava (1995) y Lila [et al.] (2008), e incluyendo en ellos una amplia tipología de formas de victimización, los resultados obtenidos indican que prácticamente la totalidad de los chicos y chicas entrevistados manifiestan haber sido víctimas de uno o más acontecimientos vinculados a delitos comunes, formas de victimización por parte de cuidadores, victimizaciones por parte de iguales y/o hermanos, victimizaciones sexuales, formas de victimización indirectas, como la exposición a violencia en la familia o la comunidad, y victimización a través de las nuevas tecnologías.

Siguiendo la nomenclatura propuesta por Finkelhor (2007) algunas de estas victimizaciones pueden considerarse *pandémicas* cuando se mira con una perspectiva temporal amplia, como los robos sin violencia o el hecho de ser víctima o testigo de agresiones sin arma. La violencia emocional por parte de cuidadores e iguales también está muy presente, al menos en colectivos de riesgo como puede considerarse el proveniente de consulta clínica.

Los resultados de este estudio superan, a nivel general, los obtenidos en los estudios nacionales anteriores, aunque el hecho de que el presente trabajo tenga como grupo de análisis a adolescentes consultantes en centros de salud mental, mientras que los trabajos de Hava (1995) y Lila [et al.] (2008) se centraran en muestra comunitaria, podría explicar los datos obtenidos. Los diferentes instrumentos utilizados para obtener los datos también pueden encontrarse en la base de estas diferencias.

Cuando se comparan los resultados obtenidos en nuestro país, con aquellos que se han obtenido en trabajos norteamericanos (Finkelhor [et al.], 2005a) y

chilenos (Fundación Paz Ciudadana, 2004) con el mismo instrumento de victimización, pueden observarse diferencias que no están basadas en la metodología, aunque lo pueden estar en las sociedades evaluadas.

Los *robos, hurtos y agresiones físicas* en el último año parecen producirse en un porcentaje de jóvenes chilenos ligeramente inferior (28,6% en global para robos y hurtos y 17,6% de agresiones físicas), así como el *maltrato físico por parte de cuidadores*, que se da en un 12,4% de los casos. No se proporcionan datos de otras formas de victimización, por lo que no es posible, observar si esta línea de resultados se repite en todas las victimizaciones analizadas. Es preciso tener en cuenta que, en este estudio, la muestra se refiere a jóvenes de la población comunitaria y no a adolescentes clínicos.

En relación a los trabajos de Finkelhor y su equipo (Finkelhor [et al.], 2005a) en que presentan la incidencia de los diferentes tipos de victimización en el último año en jóvenes de 13 a 17 años, se observan tanto similitudes como diferencias. Respecto a *delitos comunes*, se dan más coincidencias que diferencias, excepto en los robos sin violencia o en los intentos de agresión que serían más frecuentes en la muestra catalana. En cuanto a *victimización física y psicológica por parte de cuidadores*, los resultados son superiores en el presente estudio (16,3 y 27,6% en este estudio frente a 6,7 y 14,3%), hecho que podría reflejar una mayor conflictividad familiar en muestras clínicas. También se observa esta tendencia cuando se tiene en cuenta la *exposición a violencia familiar* (5,7 y 4,9% frente a 2,8 y 1,5%). La *victimización por parte de iguales o hermanos* muestra una tendencia inversa, siendo superior en la muestra comunitaria norteamericana. En relación a la *victimización sexual*, la frecuencia de agresiones sexuales por parte de adultos es similar (1,6 y 0,0% frente a 1,2 y 0,8%), pero en la muestra norteamericana habría más intentos de violación o violaciones consumadas (2,4% en este estudio frente a 6,8%). Por último, en cuanto a la *exposición a violencia comunitaria*, las frecuencias son similares en el caso de presenciar agresiones pero son superiores en la muestra norteamericana en referencia a los robos en el domicilio y en aquellas situaciones de violencia más extrema (asesinatos, tiroteos).

Los resultados obtenidos en el presente estudio ilustran la importancia de recoger información sobre experiencias de victimización a partir de las respuestas proporcionadas por los propios menores, aunque escasos estudios han seguido esta metodología en nuestro país y ninguno de ellos lo ha hecho con jóvenes consultantes en centros de salud mental. La relevancia de este método radica en la falta de conocimiento existente por parte de las autoridades oficiales de muchas de estas victimizaciones, que no llegan a ser notificadas y que, en un número importante de casos, refieren a delitos incluidos en nuestro Código Penal.

Como ejemplo, destacan las formas de *victimización sexual* que, en el presente estudio, aunque son el tipo de victimización menos frecuente, se producen en un número importante de casos, siguiendo la línea de estudios de prevalencia anteriores, tanto del ámbito nacional (López, 1994; Pereda y Forns, 2007) como internacional (Pereda [et al.], 2009). Factores como el secretismo que caracteriza las formas de victimización sexual y, especialmente el abuso sexual, la vergüenza que experimenta la víctima al explicar lo que ha vivido, el sentimiento de culpa que presenta, o el miedo a las sanciones criminales que implica la denuncia de estos hechos, hacen que únicamente un pequeño número de víctimas denuncien lo que están viviendo en el momento en que se producen, subestimando las estadísticas oficiales la dimensión real del problema (Finkelhor, 1994). En relación a esta subestimación, diversos estudios han confirmado que solo un pequeño porcentaje de casos de victimización sexual son denunciados a una autoridad oficial (entre un 3 y un 5% según Finkelhor y Hotaling, 1984; menos de un 10%, según Fleming, 1997; un 12,3% en nuestro país según López, 1994).

En línea con la perspectiva de la victimología del desarrollo, y en función de los resultados obtenidos en el presente estudio, no todas las formas de victimización se inician a las mismas edades ni se producen con igual frecuencia en chicos y chicas, lo que debería permitir establecer periodos y grupos de riesgo para victimizaciones específicas a partir del análisis del momento de inicio y la frecuencia según el sexo de los diferentes tipos de victimización. Es importante destacar que la mayoría de victimizaciones se inician o bien durante la infancia o bien durante los primeros años de la

adolescencia (12-13 años), y que muy pocas lo hacen después de los 13 años. Por lo tanto, se confirma la idea de que los menores están sujetos a las mismas victimizaciones que los adultos y, a su vez, deben afrontar aquellas formas de victimización propias de su edad (Finkelhor, 2007).

Atendiendo al tipo de acontecimientos, durante la infancia se inician la mayoría de las victimizaciones relacionadas con el entorno más cercano del menor (violencia física por cuidadores, negligencia, interferencia parental, exposición a violencia familiar) pero también las agresiones por iguales. Es interesante poner de manifiesto que durante la infancia la única victimización sexual presente es la que tiene lugar a manos de adultos conocidos. En la adolescencia aparecen nuevos tipos de victimización, la mayoría fuera de este ámbito más cercano. Por lo tanto, buena parte de la victimización en menores, especialmente en la infancia, suele ser cometida, por adultos del entorno más cercano. Además, es preciso tener en cuenta que la victimización por cuidadores acostumbra a tener un carácter más recurrente que la mayoría de acontecimientos. Este hecho muestra las enormes dificultades que supone que estos casos sean conocidos por las autoridades a menos que un adulto pregunte al menor, directamente, por su experiencia. Es preciso tener en cuenta que, aunque no todas estas formas de victimización suponen delitos, sí configuran una parte importante de la biografía del menor que es preciso considerar y valorar, especialmente desde el ámbito clínico, dadas las implicaciones que pueden llegar a tener en su desarrollo.

Es preciso decir que las formas de victimización más vinculadas al ámbito doméstico que a victimizaciones causadas fuera de la unidad familiar o por personas desconocidas, muestran, como ha sido constatado por otros autores, la denominada *paradoja de la violencia familiar*, que describe como la familia es al mismo tiempo la institución social más afectuosa y cuidadora y la más violenta y maltratadora (Finkelhor y Ormrod, 2000; Straus, 2008).

Cuando se analiza el perfil del victimario de los episodios más recientes de victimización, se observa un cambio de patrón respecto a lo que se ha descrito en este apartado, incrementándose la participación de los iguales. En cuanto al sexo, aunque encontramos una mayoría de agresores de sexo masculino,

especialmente en todos aquellos delitos comunes donde se utiliza la violencia y en aquellos que conforman la denominada victimización sexual; en la violencia psicológica o emocional destaca más la madre de la víctima como perpetradora, así como en la negligencia, y en el acoso por Internet, donde son las chicas las que utilizan, nuevamente, la Red, en este caso para victimizar a otros. La consideración social del hombre como victimario y la mujer como víctima (véase Redondo y Echeburúa, 2010 para un análisis en profundidad de esta creencia) es, en función de los resultados obtenidos, un error que como profesionales es preciso desterrar, teniendo en cuenta las características específicas y particulares de cada forma de victimización.

Siguiendo con el perfil del victimario de los episodios más recientes, se constata que los *delitos comunes* son el único tipo de acontecimientos donde se encuentran implicados realmente individuos desconocidos y, a pesar de ello, la participación de conocidos como amigos, vecinos o compañeros de escuela es relevante. En el resto de victimizaciones, predominan personas que forman parte del contexto cercano del menor. Aparte de amigos o compañeros de escuela, se observa el papel de hermanos o hermanastros en algunas victimizaciones relacionadas con la propiedad (vandalismo, robos en el domicilio) y en el acoso físico o de la pareja sentimental en la victimización sexual. También queda patente la participación de padres en la victimización por cuidadores, dejando en segundo término a otros familiares o personas que pueden tener cuidado del menor.

Para la victimología del desarrollo, las diferencias entre chicos y chicas también son importantes para la comprensión de este fenómeno. En este sentido, destaca la elevada frecuencia de *victimización sexual* y *victimización por Internet*, especialmente de carácter sexual, en chicas, tal como ya se ha obtenido en trabajos anteriores donde la ratio de prevalencia del abuso sexual se ha situado en un hombre víctima por cada 2,5 mujeres (Pereda [et al.], 2009).

En relación a la *violencia de pareja*, debe considerarse, por sus implicaciones prácticas, que esta se inicia ya en la adolescencia media y tiene una frecuencia similar en chicos y chicas, tal como se ha visto en otros estudios nacionales

(Muñoz-Rivas [et al.], 2007) e internacionales (véase, por ejemplo, el trabajo de Straus, 1999 sobre este tema) en los que hombres afirman haber cometido más violencia contra sus parejas y, a su vez, haber sido también víctimas de más violencia.

Respecto a las *victimizaciones por Internet con connotaciones sexuales* estas suelen aparecer, en función de los resultados obtenidos, en chicas en la adolescencia media. Desde el ámbito victimológico, y sin olvidar la existencia de acosadores cibernéticos, principalmente hombres heterosexuales, motivados para llevar a cabo estas conductas (Wolak, Finkelhor y Mitchell, 2004), las explicaciones al predominio de víctimas de sexo femenino son diversas y, principalmente, se relacionan con las conductas que estas menores mantienen en Internet, con un uso más frecuente de la Red para comunicarse, establecer relaciones sociales, tanto con conocidos como con desconocidos, y una mayor tendencia a utilizar este medio para compartir intimidades y experiencias personales, lo que las sitúa en una posición de alto riesgo (Baumgartner, Valkenburg y Peter, 2010). En este sentido, la conducta de estas menores proporciona señales ambiguas a presuntos acosadores que las lleva a ser víctimas de estos requerimientos sexuales, incluso cuando no los desean.

Siguiendo la descripción del perfil victimológico de los menores expuestos a acoso sexual en Internet, la edad de las víctimas se aleja de la etapa prepuberal característica de los abusos sexuales a menores en el mundo real y que ha sido adoptada como criterio de punibilidad en el Código Penal español para estas situaciones. Es preciso destacar que, dado que estos menores tienen 13 años o más, estas conductas no serían sancionables penalmente en nuestro país. Las conductas referidas a estos menores, mayores de 13 años, podrían castigarse como delitos de abuso sexual (Art. 183) únicamente si existiera contacto entre victimario y víctima en el mundo real y el victimario actuara prevaliéndose de una relación de superioridad o utilizando engaño. También podría atribuirse al ofensor un delito de corrupción de menores (Art. 189-4), difusión de pornografía entre menores (Art. 186), o captación o utilización de un menor para elaborar material pornográfico (Art. 189-1), en función de las conductas que hubiera llevado a cabo.

Es indudable que, sin una discusión explícita en la que se proporcione información clara y evidente sobre los potenciales riesgos y peligros de Internet, niños, niñas y adolescentes no pueden asociar el contacto y la relación con un desconocido a través de la red con una potencial amenaza para su seguridad. Es responsabilidad de los adultos ayudar a los jóvenes a ser conscientes de las conductas de riesgo y de sus posibles implicaciones, para educarlos en la prevención de estas situaciones. Un menor sin información respecto a los peligros de Internet es un menor de alto riesgo, especialmente porque este interés y curiosidad respecto al sexo, añadido a su inmadurez e inexperiencia en este ámbito, junto con la impulsividad característica del periodo evolutivo en el que se encuentra, lo convierten en altamente vulnerable.

Es importante tener en cuenta que los incidentes que causan un mayor malestar en los jóvenes, según el nivel de malestar informado por el menor respecto al momento de producirse la victimización, son los referidos a ser víctima de la *violencia física o psicológica por parte de los propios cuidadores, estar expuesto a las agresiones entre los padres, la victimización sexual por parte de adultos y ser testigo de situaciones de violencia extrema* (asesinatos, guerras o conflictos armados). Por lo tanto, en la línea de lo que plantea Finkelhor (2007), es probable que las situaciones con mayor potencial traumático estén vinculadas al entorno más cercano por el sentimiento de *traición* que comportan, así como al sentimiento de *estigmatización* muy presente, especialmente en la victimización sexual (Finkelhor y Browne, 1985). Añadir que todos estos acontecimientos generan en el menor sentimientos de inseguridad y miedo ante el riesgo de perder la propia vida o la integridad física o emocional (Weinstein, 1989), incidiendo sobre la confianza en sí mismo, en los otros y en el futuro (Janoff-Bulman, 1989)

En referencia al nivel de malestar, también se pone de manifiesto que es importante no descartar formas de victimización que pueden parecer, inicialmente y según la valoración del adulto, menos graves, y contar con la percepción del propio menor respecto a la vivencia del acontecimiento. Como ejemplo del estudio, los jóvenes indican que las *amenazas de agresión* o el acoso *sexual verbal* se encuentran vinculados a elevados niveles de malestar. En este sentido, tener en cuenta no solo la presencia del acontecimiento

victimizante, sino la percepción que de ello tiene el joven respecto al nivel de malestar asociado, es primordial. Dos niños pueden vivir el mismo episodio y percibirlo de forma muy diferente, en función de múltiples variables mediadoras que actúen incrementando el riesgo de malestar o compensando este. En palabras de Lazarus (1999) «*stress and emotion depend on how an individual evaluates (appraises) transactions with the environment*» (p. 36).

Es importante valorar que un grupo significativo de menores ha sufrido lesiones físicas, derivadas de la experiencia de victimización. Aunque estas lesiones físicas no suelen ser graves, las consecuencias psicológicas que se derivan de la victimización infanto-juvenil pueden ser múltiples y perdurar a lo largo del ciclo evolutivo del menor, configurando efectos a largo plazo que afectan negativamente a su estado emocional, su forma de relacionarse y su visión del futuro.

En relación al riesgo de problemas psicológicos que puede presentar el menor, la investigación realizada pone de manifiesto que la acumulación de victimizaciones, fenómeno conocido como polivictimización (Finklehor [et al.], 2007), supone un elevado riesgo de desajustes en el desarrollo normal del adolescente. Uno de los puntos fuertes de nuestro estudio es que evalúa una amplia variedad de tipos de victimización, lo que permite detectar a los individuos polivictimizados, analizar su perfil y valorar los efectos de la acumulación de situaciones de victimización en su bienestar. El análisis del perfil de estos sujetos permite observar una elevada asociación entre la condición de polivíctima y las *victimizaciones por parte de cuidadores* de tipo físico y psicológico, la *victimización sexual* (especialmente por adultos desconocidos) y la *victimización por Internet*. A nivel más específico, también se observa asociación con las agresiones, a menudo de carácter discriminatorio o por bandas, y el acoso o intimidación física por iguales. Estos desajustes de los que hablamos harían referencia a la presencia de sintomatología internalizante, externalizante y general en el grupo de alta polivictimización en mayor medida que en los adolescentes con baja victimización. Concretamente, las polivíctimas provenientes de consulta clínica se caracterizarían por presentar niveles más elevados de ansiedad y depresión, y más especialmente

exhibir conductas agresivas y delictivas, así como problemas sociales y de atención.

Haciendo un análisis más detallado del papel que desempeña la *polivictimización* en el desarrollo de una psicopatología, se observa, siguiendo a Widom (1989), que cuando las experiencias de victimización constituyen una constante que se produce en la mayoría de contextos en los que se desarrolla el/la niño/a, este acaba incorporando conductas violentas y disociales como forma de relacionarse con los otros y protegerse a sí mismo. Mientras que la *victimización por cuidadores*, la *victimización sexual* y la *victimización por Internet* son las formas de victimización más relacionadas con respuestas internalizantes –síntomas de ansiedad, aislamiento y conductas depresivas– por parte del joven.

En muchos de los jóvenes entrevistados en el presente estudio la victimización no es un acontecimiento puntual, sino una condición vital crónica. Solo es preciso observar la variedad y frecuencia de victimizaciones que muchos chicos y chicas explican haber sufrido en solo el último año previo a la realización de la entrevista. Destacan especialmente por su recurrencia anual la *agresión por discriminación*, la *negligencia* y *ser testigo de violencia intrafamiliar a hermanos*, que se dan, a nivel general, en cinco o más episodios por año.

En resumen, tal como constatan los resultados de este estudio, en línea con los estudios internacionales y los trabajos llevados a cabo en nuestro país, niños, niñas y jóvenes son víctimas de múltiples experiencias victimizantes con una frecuencia muy superior a los adultos, a pesar de la escasa formación de los profesionales para atender las necesidades de estos grupos de edad y de las falsas creencias que existen respecto a la violencia dirigida a la infancia.

8. Propuestas

Las propuestas e implicaciones que se derivan de la investigación realizada pueden agruparse en diferentes niveles, según su finalidad y a quién se dirijan.

En relación al ámbito *de la investigación*, es preciso tener en cuenta la existencia de diversas limitaciones del presente estudio que deberían contemplarse en futuras investigaciones con la intención de mejorarlo, y que se detallan a continuación.

En primer lugar, a fin de generalizar los resultados que se presentan en este proyecto al resto de la población clínica adolescente catalana, sería necesario incrementar la muestra seleccionando los diferentes centros de salud mental colaboradores y los jóvenes participantes con un diseño de recogida de datos que maximice la generalización de resultados a la totalidad del colectivo de interés. Además, sería interesante hacer extensivo este tipo de estudio al resto del Estado español. Sin embargo, en este sentido, es preciso ser conscientes de que, si cualquier estudio que implica un proceso de recogida de datos es costoso temporal y económicamente, cuando se trata de población clínica menor de edad es preciso añadirle la dificultad de la accesibilidad a la muestra.

También es preciso tener en cuenta que el presente estudio se ha limitado exclusivamente a muestra clínica, dado que hasta ahora dentro de la investigación victimológica nacional e internacional había supuesto un gran vacío, pero en futuros estudios sobre esta misma temática se evaluarán adolescentes provenientes de la población comunitaria a fin de analizar las similitudes y diferencias entre estos dos colectivos. Cabe decir que dentro del equipo de investigación ya estamos trabajando en el diseño, planificación y organización de esta nueva fase investigadora.

El instrumento JVQ está diseñado de tal manera que un mismo episodio victimizante puede clasificarse en más de un acontecimiento victimizante, y por extensión, en más de un módulo. Dicho de una otra manera, ciertos acontecimientos victimizantes pueden solaparse desde el punto de vista del adolescente, como por ejemplo ser víctima de victimización por iguales o

hermanos y de delitos comunes (por ejemplo, agresión por banda o grupo y agresión sin arma, respectivamente), hecho que en algunos casos puede representar una sobreestimación del número de acontecimientos sufridos y, en consecuencia, afectar a los resultados a la hora de clasificar a los jóvenes en el grupo de victimización (baja victimización, baja polivictimización y alta polivictimización). Aunque cabe decir que el porcentaje de casos que en el presente estudio podrían ser susceptibles de ser clasificados doblemente en más de un acontecimiento victimizante se limita a un 13,0% de la totalidad de jóvenes entrevistados.

Otra limitación proviene de la propia definición de polivíctima. Actualmente no parece existir un acuerdo en cómo definir la polivictimización, hasta el punto de que diversas publicaciones científicas han optado por utilizar definiciones diferentes de este mismo concepto. En este contexto, además, teniendo en cuenta que la definición de polivíctima hace referencia a la acumulación de acontecimientos victimizantes, es preciso añadir el efecto que el paso del tiempo supone en esta definición. En otras palabras, parece lógico pensar que un adolescente mayor que otro tiene más posibilidades de haber sufrido algún acontecimiento victimizante por el simple hecho de tener más años que el otro adolescente en cuestión. En este contexto, el reciente trabajo de Finkelhor, Ormrod y Turner (2009) postula que sería preciso incorporar la edad como factor a tener en cuenta en la definición de polivíctima, lo que no se ha contemplado en el presente estudio.

En el estudio de la relación entre la polivictimización y el nivel de psicopatología, es preciso tener en cuenta que en ningún caso podemos hablar de causalidad, como consecuencia del diseño transversal utilizado en esta investigación. Sería interesante que futuros estudios abordaran esta temática, por ejemplo con la realización de estudios longitudinales (como, por ejemplo, los llevados a cabo por el equipo liderado por Cathy Spatz Widom, entre otros, McIntyre y Widom, 2011), a pesar del incremento considerable de los costos que suponen. Además, a pesar de que Finkelhor [et al.] (2005c) comprueba que la acumulación de acontecimientos tiene un efecto más desestabilizante que la cronicidad, o repetición de un mismo acontecimiento de manera continuada, sería preciso comprobar si estos resultados se confirman en futuros estudios.

Como *propuestas e implicaciones relacionadas con el ámbito profesional de atención a víctimas*, destacamos las que se presentan a continuación y que únicamente pretendían ser guías que ilustren las necesidades más evidentes en este ámbito.

1. Promover la formación específica de los profesionales.

La falta de formación específica de los profesionales públicos y privados que tratan con víctimas y tienen que asistirles es un problema real en nuestro país. Además de las consecuencias adversas que puede presentar un menor después de la experiencia de victimización, los profesionales que trabajan con víctimas tienen que ser conscientes del riesgo de victimización secundaria que supone cualquier intervención que no esté basada en una formación especializada. Estos profesionales deben conocer y aplicar los principios de la *victimología del desarrollo* en su práctica diaria, dado que esta perspectiva teórica engloba aquellos resultados obtenidos directamente con menores víctimas, mostrando la realidad a la que se exponen niños, niñas y jóvenes, las características y consecuencias de la victimización en edades tempranas y las necesidades y formas de intervención y prevención específicas. Los profesionales deben tener en cuenta la existencia de múltiples formas de victimización de menores, que no siempre coinciden con las tipologías delictivas que pueden encontrarse en el Código Penal español, pero que suponen un grave riesgo para el correcto desarrollo de la víctima e implican, en muchos casos, la necesidad de intervención por parte de los profesionales del ámbito psicosocial. En este sentido, los cambios y avances tecnológicos suponen la aparición de nuevas formas de victimización, adaptadas a estos nuevos recursos, como el «ciberbullying», el «online grooming» o el «sexting», que los profesionales que trabajan con víctimas deben conocer, detectar y saber valorar. Por todo ello, es imprescindible que los profesionales que atienden a víctimas menores de edad cuenten con una continua actualización de sus conocimientos.

2. Proporcionar información sobre el proceso judicial al menor víctima.

La recuperación psicosocial del menor víctima tiene que ser objetivo prioritario del sistema de justicia cuando se trabaja con este colectivo, dado que el menor se encuentra en periodo de desarrollo y las repercusiones que pueden derivarse de la victimización, tanto para él como para la sociedad de la que forma parte, a largo plazo, son enormes. Se ha constatado que el entorno judicial es intimidante para el menor víctima que tiene que declarar, y se ha establecido que un mayor número de entrevistas, múltiples exámenes y pruebas posteriores a la experiencia victimizante y, especialmente, el contacto con diferentes profesionales relacionados con el caso aumenta considerablemente su malestar psicológico. Testificar, en sí mismo, no supone un suceso traumático para el menor, pero sí tiene efectos negativos sobre su estado emocional hacerlo en diversas ocasiones y ser sometido a un interrogatorio duro, donde se planteen dudas sobre su credibilidad y sobre los hechos que está relatando. Los estudios indican que una gran mayoría de menores se sienten orgullosos y satisfechos de haber declarado, siempre que se mantengan medidas de protección y respeto a sus necesidades específicas. Es una responsabilidad de los profesionales informar al menor víctima sobre qué es un proceso judicial, quién participa, por qué se tiene que llevar a cabo, qué se espera de él o ella y hasta dónde llega su responsabilidad, preparándolo emocionalmente para el entorno y la dinámica judicial. Merece especial atención la adaptación del lenguaje al nivel de comprensión del menor. Es preciso tener en cuenta que toda la terminología legal, propia de un sistema pensado para adultos, es extensa y muy compleja especialmente desde el punto de vista de un niño o una niña. En consecuencia, para que los profesionales puedan informar al menor adecuadamente, es preciso conocer en profundidad las características que definen cada una de las etapas evolutivas del niño o la niña en términos de sus capacidades comunicativas expresivas y receptivas.

3. Ofrecer información sobre el menor víctima a magistrados y profesionales directamente implicados en el juicio.

Algunas de las consecuencias psicológicas de la victimización, como el estado de embotamiento y apatía emocional característico del trastorno por estrés postraumático, o la confusión y la disociación que suelen acompañar a estas experiencias, influyen en el testimonio de la víctima y en su forma de relatar los hechos, lo que comporta falta de credibilidad y dudas sobre su veracidad. Todo ello conduce a que el menor víctima se muestre inseguro, confuso y dubitativo en su testimonio, lo que, en lugar de ser entendido por los profesionales del ámbito judicial como característica de la experiencia de victimización, se considera como indicador de menor credibilidad del relato. Los profesionales de atención a víctimas deben poder evaluar estos rasgos característicos e informar sobre ellos en el juicio.

4. Valorar y potenciar el apoyo del entorno de que dispone la víctima.

El apoyo de los padres no agresores, especialmente de la madre de la víctima, es fundamental para la recuperación del menor y para que este pueda testificar con la máxima seguridad y confianza. La influencia del apoyo materno o paterno no solo protege al menor del desarrollo posterior de psicopatología, sino que supone un menor número de retractaciones después de la notificación, lo que es de gran relevancia en el proceso judicial. Una responsabilidad de los profesionales de atención a víctimas es trabajar con estas figuras de apoyo haciéndoles asumir su responsabilidad de cuidado y protección hacia el/la niño/a, potenciando su empatía, y que puedan ponerse en el lugar del niño o la niña, sin culpabilizar. Al mismo tiempo es preciso fomentar en estos padres que muestren la fortaleza necesaria para tomar todas las medidas de protección que se requieran; se les tiene que enseñar a mantenerse serenos y seguros, y evitar expresiones de alarma, miedo, venganza u odio; es preciso educarlos en técnicas de escucha activa, que faciliten la expresión de emociones en el niño o la niña y les permitan introducir reflexiones e ideas para que el niño o la niña pueda corregir todas las creencias distorsionadas que puede presentar respecto a sí mismo y las relaciones afectivas; debe mostrárseles la importancia que tiene que el niño o la niña se sienta siempre acompañado, reduciendo de esta manera sus sentimientos de estigmatización, soledad y aislamiento y preparándolo ante posibles dificultades futuras, ofreciéndoles un

espacio de confianza donde no se le cuestione y al que pueda acudir siempre que lo necesite.

5. Ofrecer apoyo profesional al menor víctima.

Es evidente que la resiliencia del menor se construye en su relación con los demás. Se ha demostrado que el vínculo que el menor establezca con los profesionales y su confianza en estos reduce el impacto traumático de las entrevistas y de otras variables del entorno judicial, como pueden ser testificar en presencia del agresor, o el lenguaje y comportamientos de los magistrados, demasiadas veces no adecuados al nivel evolutivo ni a la capacidad de comprensión del menor, entre otros. También es muy importante trabajar las habilidades de autoprotección ante posibles nuevas situaciones de victimización, teniendo en cuenta el riesgo de revictimización que presentan estos menores. Aunque sería preferible que la persona que lleva a cabo estas tareas fuera una figura familiar, alguien del entorno del niño o la niña en quien confíe, a la vista de la realidad de estos casos, en muchas ocasiones el rol del tutor de resiliencia lo tendrá que asumir un profesional con el que el o la menor pueda crear un vínculo afectivo, que le ayude a dar sentido a su experiencia y genere en él o ella la expectativa de una vida mejor.

6. Elaborar una guía de actuación y buenas prácticas profesionales.

Aunque existen múltiples guías que pretenden asesorar a los profesionales sobre el trato que debe dispensarse a los menores víctimas durante el proceso judicial (véase por ejemplo la guía ofrecida por el US Department of Justice, *Child victims and witness: A handbook for criminal justice professionals* de Turman y Poyer, 1998), no existen guías publicadas, basadas en resultados empíricos obtenidos en nuestro país, hechas en lengua catalana o castellana y dirigidas a los profesionales que trabajan en el sistema nacional de atención a víctimas. En este sentido es necesario elaborar una guía de buenas prácticas que sirva de manual de consulta para todos aquellos profesionales que están en contacto con menores víctimas.

9. Agradecimientos

El equipo investigador quiere agradecer especialmente la colaboración de nuestra colega Dámaris Muñoz Cano, del Dr. David Finkelhor y del equipo del Crimes Against Children Research Center en las fases iniciales de este proyecto, así como la participación en la formación de los entrevistadores de nuestra colaboradora Aina Grueso Castella.

También queremos agradecer enormemente el interés, predisposición e implicación de todo el grupo de colaboradores: Franky Aljure Cortes, Meritxell Ayguasanosa Riu, Clara Barba Giménez, Mar de Borja Rovira, Jordi Capallera i Martí, Raquel Duran Martra, Pilar Gómez López, Cristina Günther Bel, Laura Jiménez Pereta, Montserrat Lebrón Fernández, Daniel Luna Moreno, Sara Martínez Rodríguez, Laura Massana Vicente, Sara Muntada Grimaldi, Georgina Nicolás Sala, Susana Prieto Iglesias, Susana Rodríguez Pato, y Manuel Vivas Miguel.

Nuestro agradecimiento también a los equipos de los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil que han participado en el estudio: Francesc X. Arrufat (Psiquiatría y Salud Mental del Consorci Hospitalari de Vic), Montserrat Pàmias (CSMIJ Corporació Sanitària Parc Taulí), Fernando Lacasa (CSMIJ Cornellà de Llobregat, HSJD), Núria López (CSMIJ Granollers, HSJD), Teresa Ribalta y Montserrat Palau (Fundació Orienta: Sílvia Bonfill, CSMIJ Sant Boi; Tuulikki Trias, CSMIJ El Prat de Llobregat; Maria de Querol, CSMIJ Castelldefels; Esther Uрпиñas, CSMIJ Gavà y Montserrat Balcells, CSMIJ Hospitalet de Llobregat), Montserrat Daniel (Hospital de la Santa Creu y de Sant Pau), Montserrat Nogués (CSMIJ Sant Pere Claver), Lluís Miquel Martín y Lourdes Duño (CSMIJ Sant Martí Sud), y Mireia Escardíbul (CSMIJ Fundació Eulàlia Torres de Beà - Sant Andreu).

También queremos agradecer la participación de los siguientes profesionales en la recogida de datos: Marina Vidal, Natàlia Albiac, Teresa Rius, Eva Ortiz y Fernando Lacasa del equipo CSMIJ Cornellà del Llobregat (HSJD); y Eulàlia Izquierdo, Mar Vidal, Daniel R. Jiménez, Patricia Escalona, Mireia Font, y Pere Tàpies del equipo de Psiquiatría y Salud Mental del Consorci Hospitalari de Vic. Sin todas estas personas esta investigación no habría sido posible. Muchas gracias.

10. Referencias bibliográficas

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.

AGUSTINA, J. R. «¿Menores infractores o víctimas de pornografía infantil? Respuestas legales e hipótesis criminológicas ante el Sexting». *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. Vol. 12-11 (2010), p. 1-44.

ALKHATIB, A.; REGAN, J.; BARRETT, D. «The silent victims: Effects of war and terrorism on child development». *Psychiatric Annals*. Vol. 37 (2007), nº 8, p. 586-589.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^a ed.). Washington, DC: Author, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^a ed.). Washington, DC: Author, 1994.

ARRUABARRENA, M. I.; DE PAÚL, J. «Los programas de tratamiento de familias con problemas de maltrato y abandono infantil: descripción y evaluación». *Infancia y Aprendizaje*. Vol. 71 (1995), p. 159-178.

ARRUABARRENA, M. I.; DE PAÚL, J. *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide, 1999. ISBN: 9788436813883.

BACA, E.; CABANAS, M. L. *Las víctimas de la violencia*. Madrid: Tricastela, 2003. ISBN: 84-95840-08-1.

BAUMGARTNER, S. E.; VALKENBURG, P. M.; PETER, J. «Unwanted online sexual solicitation and risky sexual online behavior across the lifespan». *Journal of Applied Developmental Psychology*. Vol. 31 (2010), p. 439-447.

BLOM, F.; PEREDA, N. «Niños y niñas soldado: consecuencias psicológicas e intervención». *Anuario de Psicología*. Vol. 40 (2009), nº 3, p. 329-344.

CAFFEY, J. «Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma». *American Journal of Roentgenology*. Vol. 56 (1946), p. 163-173.

CANTÓN DUARTE, J.; CORTÉS ARBOLEDA, M. R. *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide, 2000. ISBN: 84-368-1433-9.

CLAUS, A. H.; CRITTENDEN, P. M. «Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment». *Child Abuse & Neglect*. (1991), p. 5-18.

COSTA CABANILLAS, M.; MORALES GONZÁLEZ, J. M.; JUSTE ORTEGA, M. G. «La prevención del maltrato infantil». *Anuario de Psicología Jurídica*. (1995), p. 87-110.

DE PAÚL, J. [et al.]. La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa. *Infancia y Aprendizaje*. Vol. 71 (1995), p. 49-58.

DÍAZ HUERTAS, J. A [et al.]. *Atención al niño en situación de riesgo biopsicosocial desde el ámbito sanitario*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales, 1999.

DÍAZ HUERTAS, J. A [et al.]. *Atención al abuso sexual infantil*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales, 2000.

DOLZ LAGO, M. J. «Un acercamiento al nuevo delito *child grooming*. Entre los delitos de pederastia». *Diario La Ley*, N° 7575, Sección Doctrina, 23 Feb. 2011, Año XXXII, Editorial LA LEY.

DUMONT, K. A.; WIDOM, C. S.; CZAJA, S. J. «Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 31 (2007), p. 255-274.

EASTES, R. J. *The sexual exploitation of children: A working guide to the empirical literature*. University of Pennsylvania, School of Social Work: Filadelfia, PA, 2001.

ECHEBURÚA, E. Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Pirámide, 2004. ISBN: 9788436819007.

ECHEBURÚA, E.; GUERRICAECHEVARRÍA, C. *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel, 2000. ISBN: 84-344-7469-7.

FINKELHOR, D. «The international epidemiology of child sexual abuse». *Child Abuse & Neglect*, Vol. 18 (1994), nº 5, p. 409-417.

FINKELHOR, D. «The victimization of children: A developmental perspective». *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 65 (1995), nº 2, p. 177-193.

FINKELHOR, D. «Developmental Victimology: The comprehensive study of childhood victimization». En: *Victims of crime*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2007. P. 9-34. ISBN: 0-7619-0154-X.

FINKELHOR, D. *Childhood victimization. Violence, crime and abuse in the lives of young people*. Nueva York: Oxford University Press, 2008. ISBN: 978-0-19-534285-7.

FINKELHOR, D.; BROWNE, A. «The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization». *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 55 (1985), p. 530-541.

FINKELHOR, D.; DZIUBA-LEATHERMAN, J. «Children as victims of violence: A national survey». *Pediatrics*. Vol. 94 (1994), nº 4, p. 413-420.

FINKELHOR, D.; HASHIMA, P. «The victimization of children and youth: A comprehensive overview». En: *Handbook of youth and justice*. Nueva York: Plenum Publishing Corp., 2001. P. 49-78. ISBN: 0-306-46339-3

FINKELHOR, D.; HOTALING, G. T. «Sexual abuse in the National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: an appraisal». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 8 (1984), p. 23-33.

FINKELHOR, D.; KORBIN, J. «Child abuse as an international issue». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 12 (1988), p. 3-23.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R. «Characteristics of crimes against juveniles». EUA: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Bulletin. U.S. Department of Justice, 2000.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R. *Homicides of children and youth*. EUA: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention Bulletin. U.S. Department of Justice, 2001.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R.; TURNER, H. A. «Poly-victimization: A neglected component in child victimization». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 31 (2007), p. 7-26.

FINKELHOR, D.; ORMROD, R.; TURNER, H. A. «Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 33 (2009), p. 403–411.

FINKELHOR, D. [et al.]. «The victimization of children and youth: A comprehensive national survey». *Child Maltreatment*. Vol. 10 (2005a), n° 1, p. 5-25.

FINKELHOR, D. [et al.]. «The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005b), p. 383-412.

FINKELHOR, D. [et al.]. «Measuring Poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005c), p. 1297-1312.

FINKELHOR, D. [et al.]. «Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth». *Pediatrics*. Vol. 124 (2009), n° 5, p. 1-13.

FISCHER, D. G.; MCDONALD, W. L. «Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 22 (1998), n° 9, p. 915-929.

FLEMING, J. M. «Prevalence of childhood sexual abuse in a community sample of Australian women». *Medical Journal of Australia*, Vol. 166 (1997), p. 65-68.

FUNDACIÓN PAZ CIUDADANA (2004). Victimización en jóvenes. Recuperado el 15 de septiembre de 2010 de:

http://www.pazciudadana.cl/docs/pub_20091019170952.pdf

GERSHOFF, E. T. «Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review». *Psychological Bulletin*. Vol. 128 (2002), nº 4, p. 539-579.

HAVA GARCÍA, E. «Victimización juvenil: Un análisis descriptivo». *Revista de Derecho Penal y Criminología*. Vol. 5 (1995), p. 545-578.

[HENNES, H.](#); [KINI, N.](#); [PALUSCI, V. J.](#) «The epidemiology, clinical characteristics and public health implications of shaken baby syndrome». [Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma](#). Vol. 5 (2001), nº 1, p. 19-40.

HERMAN, J. L. *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. Nueva York: Basic Books, 1997. ISBN: 0465087302.

HERRERA MORENO, M. «Historia de la victimología». En: *Manual de Victimología*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2006. ISBN: 84-8456-638-2.

INGLÉS, A. *El maltractament d'infants a Catalunya. Quants. Com. Per què*. Barcelona: Departament de Justícia, 2000. ISBN: 9788439352167.

JANOFF-BULMAN, R. «Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct». *Social Cognition*. Vol. 7 (1989), p. 113-136.

JIMÉNEZ MORAGO, J. [et al.]. *El maltrato infantil en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, 1995.

KEMPE, C. H. [et al.]. «The battered-child syndrome». *Journal of the American Medical Association*. Vol. 181 (1962), nº 1, p. 17-24.

KEMPE, C. H. «Sexual abuse, another hidden pediatric problem». *Pediatrics*. Vol. 62 (1978), nº 3, p. 382-389.

KENDALL-TACKETT, K.; GIACOMONI, S. *Child victimization*. Nueva York: Civic Research Institute, 2005.

KENT, L.; LAIDLAW, J. D. D.; BROCKINGTON, I. F. «Fetal abuse». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 21 (1997), nº 2, p. 181-186.

LABBÉ, J. «Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005), p. 311-324.

LARSEN, H. B.; LETH, I.; MAHER, B. A. «Obscene telephone calls to children: A retrospective field study». *Journal of Clinical Child Psychology*. Vol. 29 (2000), nº 4, p. 626-632.

LAZARUS, R. S. *Stress and emotion. A new synthesis*. Londres: Free Association Books, 1999. ISBN: 0-8261-0261-1.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company, 1984. ISBN: 9780826141910.

LEMMEY, D. E.; TICE, P. P. «Two tragic forms of child sexual abuse: Are they often overlooked?». *Journal of Child Sexual Abuse*. Vol. 9 (2000), nº 2, p. 87-106.

LILA, M.; HERRERO, J.; GRACIA, E. Multiple victimization of Spanish adolescents: A multilevel analysis. *Adolescence*. Vol. 43 (2008), nº 170, p. 333-350.

LÓPEZ, F. *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994. ISBN: 84-7850-975-7.

LÓPEZ, F. «Necesidades de la infancia: Respuesta familiar». *Infancia y Sociedad*. Vol. 30 (1995), p. 8-47.

LUQUE REINA, E. «Las encuestas de victimización». En: *Manual de Victimología*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 2006. P. 205-234. ISBN: 84-8456-638-2.

MACMILLAN, H. L. «Child abuse: A community problem». *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 158 (1998), p. 1301-1302.

MANLY, J. T. «Advances in research definitions of child maltreatment». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005), p. 425-439.

MASTEN, A. S. «Ordinary magic: Resilience processes in development». *American Psychologist*. Vol. 56 (2001), p. 227-238.

MCCALLIN, M. «The Convention on the Rights of the Child as an instrument to address the psychosocial needs of refugee children». *International Journal of Refugee Law*. Vol. 3 (1991), nº 1, p. 82-99.

MCINTYRE, J. K.; WIDOM, C. S. «Childhood victimization and crime victimization». *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 26 (2011), nº 4, p. 640-663.

MEADOW, R. «Munchhausen syndrome by proxy». The hinterland of child abuse. *Lancet*. Vol. 2 (1977), p. 343-345.

MENNEN, F. E.; MEADOW, D. «The relationship of abuse characteristics to symptoms in sexually abused girls». *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 10 (1995), nº 3, p. 259-274.

MITCHELL, K. J.; FINKELHOR, D.; WOLAK, J. *The exposure of youth to unwanted sexual material on the Internet: a national survey of risk, impact and prevention*. Comunicación presentada en la VII International Family Violence Research Conference, Portsmouth, NH, Estados Unidos de America, 2001.

MORENO MANSO, J. M. *Maltrato Infantil*. Madrid: EOS, 2002. ISBN: 978-84-9727-025-0.

MUÑOZ-RIVAS, M. J.; GRAÑA GÓMEZ, J. L.; O'LEARY, K.; GONZÁLEZ LOZANO, P. «Agresión física y psicológica en las relaciones de noviazgo en universitarios españoles». *Psicothema*. Vol. 19 (2007), nº (1), p. 102-107.

NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT. *National Study of the incidence and severity of child abuse and neglect*. DHHS, Publication 81-30325. Washington, DC: US Government Printing Office, 1981.

OLWEUS, D. *Bullying at school. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell, 1993. ISBN: 0-631-19241-7.

PEARS, K. C.; KIM, H. K.; FISHER, P. A. «Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 32 (2008), nº 10, p. 958-971.

PEREDA, N. «Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores». *Tesis doctoral no publicada*. Universidad de Barcelona, 2006.

PEREDA, N.; FORNS, M. «Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles». *Child Abuse & Neglect*, Vol. 31 (2007), p. 417-426.

PEREDA, N.; GUILERA, G.; FORNS, M.; GÓMEZ-BENITO, J. «The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis». *Clinical Psychology Review*. Vol. 29 (2009), p. 328-338.

PUTNAM, F. W. «The impact of trauma on child development». *Juvenile Family Court Journal*. Vol. 57 (2006), p. 1-11.

REDONDO ILLESCAS, S.; ECHEBURÚA ODRIOZOLA, E. *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?: La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide, 2010. ISBN: 9788436823981.

RUTTER M. «Psychosocial resilience and protective mechanisms». En: *Risk and protective factors in development of psychopathology*. Cambridge: University Press, 1990. ISBN: 9780521350990.

RUTTER, M. «Resilience, competence, and coping». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 31 (2007), p. 205-209.

SABINA, C.; WOLAK, J.; FINKELHOR, D. «The nature and dynamics of Internet pornography exposure for youth». *Cyberpsychology & Behavior*. Vol. 11 (2008), nº 6, p. 691-693.

SALDAÑA, C.; JIMÉNEZ, J.; OLIVA, A. «El maltrato infantil en España: un estudio a través de los expedientes de menores». *Infancia y Aprendizaje*. Vol. 71 (1995), p. 59-68.

SANDOVAL, M.; LEMOS, S.; VALLEJO, G. «Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR». *Psicothema*. Vol. 18 (2006), p. 804-809.

SANMARTÍN, J. *Maltrato infantil en la familia. España (1997-1998)*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2002. Depósito legal: V-39-2002.

SCHEERINGA, M. S. [et al.]. «New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 42 (2003), nº 5, p. 561-570.

SCOTT, K. M.; SMITH, D. R.; ELLIS, P. M. «Prospectively ascertained child maltreatment and its association with DSM-IV mental disorders in young adults». *Archives of General Psychiatry*. Vol. 67 (2010), nº 7, p. 712-719.

SILVERMAN, F. «Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants». *American Journal of Roentgenology*. Vol. 69 (1953), p. 413-426.

SIMÓN RUEDA, C.; LÓPEZ TABOADA, J. L.; LINAZA IGLESIAS, J. L. *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas, 2000. ISBN: 8489708738.

SMITH, P. K.; SLONJE, R. «Cyberbullying: The nature and extent of a new kind of bullying, in and out of school». En: [*Handbook of bullying in schools: An international perspective*](#). Nueva York, NY, EE.UU: Routledge/Taylor & Francis Group, 2010. P. 249-262. ISBN: 0-203-86496-4.

SPERRY, D. M.; GILBERT, B. O. «Child peer sexual abuse: Preliminary data on outcomes and disclosure experiences». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 29 (2005), p. 889-904.

STAINTON ROGERS, W.; STAINTON, R.; MUSITU, G. «Abuso sexual infantil: ¿qué deberíamos hacer? ». *Intervención Psicosocial*. Vol. 3 (1994), nº 9, p. 53-66.

STRAUS, M. «The controversy over domestic violence by women. A methodological, theoretical, and sociology of science analysis». En: *Violence in intimate relationships*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1999. P. 17-44. ISBN: 0-7619-1642-3.

STRAUS, M. «Bucking the tide in family violence research». *Trauma, Violence, & Abuse*. Vol. 9 (2008), nº 4, p. 191-213.

TAMARIT, J. M.; VILLACAMPA, C.; FILELLA, G. «Secondary victimization and victim assistance». *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*. Vol. 18 (2010), p. 281-298.

TARDIEU, A. «Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants». *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*. Vol. 13 (1860), p. 361-398.

TAREEN, A. ; GARRALDA, M. E. ; HODES, M. «Post-traumatic stress disorder in childhood». *Archives of Disease in Childhood Education and Practice Edition*. Vol. 92 (2007), ep1-ep6.

TERR, L. C. «Childhood traumas: An outline and overview». *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 148 (1991), nº 1, p. 10-20.

TURNER, H. A.; FINKELHOR, D.; ORMROD, R. «The effect of lifetime victimization of the mental health of children and adolescents». *Social Science & Medicine*. Vol. 62 (2006), p. 13-27.

UNICEF. *Declaración programa de acción*. Estocolmo: I Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, agosto 1996.

- UNICEF. Matrimonios prematuros. *Digest Innocenti*. Vol. 7, marzo, 2001.
- WEBSTER, S. [et al.]. *Scoping report*. European Commission Safer Internet Plus Programme, 2010.
- WEINSTEIN, N. D. «Optimistic biases about personal risks». *Science*. Vol. 24 (1989), p. 1232-1233.
- WHIPPLE, E. E.; RICHEY, C. A. «Crossing the line from physical discipline to child abuse, how much is too much?». *Child Abuse & Neglect*. Vol. 21 (1997), nº 5, p. 431-444.
- WIDOM, C. «Does violence beget violence? A critical examination of the literature». *Psychological Bulletin*. Vol. 106 (1989), nº 1, p. 3-28.
- WOLAK, J.; FINKELHOR, D.; MITCHELL, K. J. «Internet-initiated sex crimes against minors: Implications for prevention based on findings from a national study.» *Journal of Adolescent Health*, Vol. 35 (2004), p. 424.e11-424.e20.
- YULE, W. «Post-traumatic stress disorder in children and adolescents». *International Review of Psychiatry*. Vol. 13 (2001), p. 194-200.