



# Entrenamiento y formación en el modelo Barnahus: estado del arte [ES Version]

**EU code: 881749**

STEPS receives co-funding from the European Union through the Rights, Equality and Citizenship Programme (2014-2020) of the European Union. STEPS, including the relevant partners and/or members, are responsible for the content of this website, which can in no way be taken to reflect the views of the European Commission.



**Coordinadora:** Noemí Pereda

**Autores (en orden alfabético):** Laura Andreu, Marta Codina, Diego A. Díaz-Faes, Elisabeth Esteban, Noemí Pereda, José M. Quintillá, y Violeta Vallejo.

**Cita recomendada:**

Pereda, N. (Coord.). (2021). *Entrenamiento y formación en el modelo Barnahus: estado del arte*. Proyecto STEPS, Comisión Europea.



**Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual**

Esta licencia permite a otros remezclar, adaptar y construir sobre su trabajo de forma no comercial, siempre que le den crédito a la autoría y licencian sus nuevas creaciones bajo los mismos términos.

# ÍNDICE

<b>1. Explorando el modelo Barnahus Marta Codina</b> .....	<b>4</b>
1.1. Origen .....	4
1.2. Elementos clave del modelo Barnahus.....	4
1.3. Evidencia tras la capacidad de reducir la revictimización.....	5
1.4. Revisión comparada de los países que cuentan con datos.....	6
1.5. Conclusiones .....	7
1.6. Referencias.....	8
<b>2. Entrenamiento y formación en victimización sexual infantil basados en la evidencia</b>	
<b>Laura Andreu</b> .....	<b>10</b>
2.1. Introducción.....	10
2.2. Características de los programas de formación .....	11
2.3. Referencias.....	14
<b>3. Intervención multidisciplinar Laura Andreu</b> .....	<b>19</b>
3.1. Origen .....	19
3.2. Definición y quién lo compone .....	19
3.3. Efectividad .....	21
3.4. Conclusión.....	22
3.4. Referencias.....	22
<b>4. Entrevista forense Diego A. Díaz-Faes</b> .....	<b>25</b>
4.1. Introducción.....	25
4.2. Características de la entrevista forense.....	26
4.3. Protocolos de entrevista forense .....	28
4.3.1. Protocolo NICHD.....	30
4.3.2. Protocolo NCAC.....	32
4.4. Conclusiones .....	34
4.5. Referencias.....	34
<b>5. Evaluación médica forense Noemí Pereda y Violeta Vallejo</b> .....	<b>37</b>
5.1. Examen físico .....	38
5.2. Pruebas de laboratorio .....	42
5.3. Actitud ante el riesgo de ITS y embarazo .....	44
5.4. Formación y entrenamiento .....	44
5.5. Conclusiones .....	45
5.6. Referencias.....	46
<b>6. Entrenamiento y formación basado en la simulación José M. Quintillá y Elisabeth Esteban</b> .....	<b>50</b>
6.1. El concepto de simulación clínica.....	50
6.2. Aprendizaje y simulación clínica .....	51
6.3. Efectividad de la simulación como herramienta de aprendizaje .....	53
6.4. Elementos fundamentales de buenas prácticas en simulación clínica.....	55
6.4.1. Conexión con necesidades.....	55
6.4.2. Diseño adaptado a tipo de objetivos y perfil de participantes.....	55
6.4.3. Realismo del escenario .....	56
6.4.4. Debriefing basado en curiosidad y que fomenta la curiosidad sobre el juicio .....	57
6.5. Simulación presencial .....	59
6.6. Telesimulación o simulación online.....	59
6.7. Simulación clínica en el abuso infantil.....	60
6.8. Referencias.....	61
<b>7. Psicoterapia basada en la evidencia Noemí Pereda</b> .....	<b>65</b>
7.1. Origen .....	65

7.2. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT).....	66
7.3. Componentes de la TF-CBT .....	67
7.3.1. Fase 1: estabilización y desarrollo de habilidades.....	68
7.3.2. Fase 2: narración del trauma y procesamiento.....	70
7.3.3. Fase 3: consolidación y cierre .....	71
7.4. Conclusiones .....	72
7.5. Referencias.....	73
<b>8. Hacia una adecuada implementación de la formación y capacitación de los profesionales en el modelo Barnabus Laura Andreu y Diego A. Díaz-Faes .....</b>	<b>76</b>
8.1. Implementación de la formación .....	76
8.1.1. Consideraciones generales .....	76
8.1.2. Introducción a la implementación.....	77
8.2. Tipos de implementación .....	78
8.3. Aspectos relevantes durante el proceso de implementación .....	79
8.4. Referencias.....	80

# 1. Explorando el modelo Barnahus

*Marta Codina*

## 1.1. Origen

A mediados de los años ochenta del siglo pasado, surgieron los centros llamados Children's Advocacy Centers (CAC) en los Estados Unidos que buscaban reducir la victimización secundaria, es decir, aquella derivada del contacto de la víctima con el sistema de evaluación, notificación y denuncia, que no se encuentra siempre adaptado a las necesidades que presenta el niño, niña y adolescente. Estos centros planteaban un modelo alternativo a seguir para dar una respuesta adecuada al niño o niña víctima de la violencia y a sus necesidades. Este modelo americano pronto se trasladó al contexto europeo en 1998 con la creación de la primera Barnahus (casa de los niños en islandés) en Reikiavik (Islandia). En los siguientes años más países nórdicos implementaron sus propias Barnahus, creando una red de centros que, al compartir características y objetivos comunes, siempre respetando la realidad legal, social y cultural de cada uno, darían lugar a un modelo común: el modelo Barnahus. Este modelo se crea entorno al interés superior del menor y tiene como objetivo la reducción de la victimización secundaria, así como la creación de un contexto en el que el niño o la niña sea atendido de forma integral y por un equipo multidisciplinar de profesionales expertos coordinados entre sí (Johansson et al., 2017). Actualmente, existen más de 50 Barnahus en todo Europa, y a diciembre de 2020 (ver [Promise webiste](#)), la Red Barnahus cuenta con 22 países miembros y la participación de 39 contextos nacionales distintos.

## 1.2. Elementos clave del modelo Barnahus

El modelo Barnahus tomó en su origen el modelo CAC como inspiración, adaptándolo a la realidad europea, pero con el objetivo común de dar una respuesta efectiva y respetuosa con el bienestar de los niños y niñas a los casos de abuso sexual (Walsh et al., 2003). Actualmente, el modelo en la mayoría de los países abarca tanto los casos de abuso sexual como los de otros tipos de violencia. Así pues, los elementos centrales de ambos modelos convergen en la misma línea base (Johansson et al., 2017) y a rasgos generales los puntos más relevantes del modelo Barnahus podrían resumirse en:

- Se trata de un enfoque multidisciplinar, que contempla todas las agencias y profesionales involucrados en el proceso legal y el apoyo y el tratamiento necesarios para los niños y niñas víctimas de violencia.
- Se rige por el principio de 'una única puerta', que significa que en un único entorno los profesionales deben estar disponibles para el niño y no al revés.
- Se describe como una casa con cuatro habitaciones que representan las áreas que abarca: la investigación criminal, la protección, la salud física y la salud mental.
- Tiene como objetivo principal evitar la victimización secundaria, creando espacios amigables para los niños y niñas, centrados en ellos, y sensibles, lo que

significa que la interacción de los profesionales y el entorno no causará daño adicional en las víctimas.

- El centro debe ser un lugar seguro y neutral para que el niño o niña relate su experiencia y sea atendido por los profesionales sin riesgos para su bienestar.
- El niño o niña no acude a los tribunales de justicia, si no que su testimonio es tomado en el mismo centro y utilizado en el proceso penal, con todas las garantías legales, evitando que tenga que comparecer personalmente ante el tribunal.

El concepto mismo de Barnahus contempla una cierta flexibilidad y variabilidad, pero con la intención de definir los principios comunes que deben regir las intervenciones y servicios del modelo nacen los estándares de calidad Barnahus (Haldorsson, 2017), que se han formulado para garantizar la transferencia y adaptabilidad del modelo a los distintos contextos nacionales que forman la red Barnahus.

### **1.3. Evidencia tras la capacidad de reducir la revictimización**

Este modelo busca reducir la victimización secundaria construyendo sus bases sobre recursos y técnicas basadas en la evidencia.

Una de las claves del modelo es que todos los profesionales trabajen coordinados bajo un mismo techo formando un equipo multidisciplinar, y la efectividad de la intervención multidisciplinar en los casos de victimización infantil es algo que ha sido sistemáticamente señalado en múltiples estudios (Herbert y Bromfield, 2019), encontrando como ésta modula el estrés de la víctima en relación con el proceso de investigación, lo que a su vez se relaciona con una disminución de la probabilidad de desarrollar sintomatología traumática derivada de la intervención (Tishelman y Geffner, 2010). Asimismo, la interacción de estos equipos de profesionales con los niños y niñas víctimas, así como con sus cuidadores no infractores, ha resultado en un aumento en la satisfacción con el proceso y el equipo cuando la respuesta es coordinada (Bonach et al., 2010).

No obstante, si uno de los puntos fuertes de este modelo son los profesionales, su coordinación y su especialización, debe tenerse en cuenta también que los profesionales que trabajan con niños y niñas que han sido abusados, pueden sufrir trauma secundario al estar expuestos constantemente a los detalles aversivos del abuso (Sprang et al., 2011). Un reciente estudio con profesionales de centros daneses que trabajan en el modelo Barnahus, vinculó el trauma secundario que sufren sus profesionales con el deterioro funcional social y cognitivo, así como con burnout (Louison Vang et al., 2020). Esta grave consecuencia del trabajo continuado con menores víctimas de la violencia se ha de tener en cuenta en cualquier modelo basado en la intervención directa con este tipo de colectivos, pero en especial en el modelo Barnahus, en el cual los profesionales son clave para brindar la mejor intervención a los menores y esta puede verse afectada si los profesionales no son a su vez debidamente asistidos y cuidados.

Además, a menudo se confía en la capacitación de los profesionales para el desarrollo de sus funciones dentro de estos equipos, pero la falta de formación específica o

capacitación de los educadores, médicos o policías puede ser un problema real y puede incidir en el bienestar de los niños y niñas (Olson y Stroud, 2012). Por eso otro punto importante es evaluar los conocimientos de los profesionales y proporcionar formación regular para asegurarse de que todos tienen los conocimientos y las capacidades adecuadas y esperadas.

Por otro lado, otro elemento clave en este modelo es la entrevista forense, específica y basada en la evidencia. Los profesionales de las Barnahus siguen el protocolo NICHHD, que es una guía de entrevista para niños y niñas víctimas con una alta validez empírica (Benia et al., 2015). Este equipo también trabaja con otras herramientas para el tratamiento, igualmente basadas en la evidencia, como la Terapia Cognitivo-Conductual Centrada en el Trauma (TF-CBT) de Cohen et al. (2006), que resulta de gran utilidad para tratar a las víctimas que presentan sintomatología postraumática y otros trastornos como resultado de la victimización.

#### **1.4. Revisión comparada de los países que cuentan con datos**

El estudio de Nesvold et al. (2005) comparó los diferentes servicios para atender víctimas de abuso y agresión sexual de los países nórdicos, encontrando que, en comparación con los institutos forenses, administrados por la policía en Dinamarca y Finlandia, los centros Barnahus en Islandia y Noruega recibían y asistían a más víctimas. Los institutos forenses atendían principalmente casos más graves de agresión y violación, mientras que las Barnahus atendían un espectro mayor de casuísticas, pero de menor gravedad. No obstante, las Barnahus tardaban más tiempo en atender a las víctimas, en comparación con los institutos forenses, que las atendían en su mayoría en un plazo aproximado de 24h. Ese plazo sólo se cumplía en las Barnahus en el 50% de los casos. Otros estudios como el de Olson y Stroud (2012) advierten que los niños y niñas atendidos en Barnahus pueden, de hecho, permanecer sin recibir intervención largos periodos de tiempo. Estos autores alertan de la gran variabilidad de casuísticas dependiendo del centro y de la necesidad de analizarlas en profundidad.

Kaldal et al. (2010) analizaron las 22 Barnahus que existían en Suecia en ese momento concluyendo que las Barnahus, bien administradas, son sustancialmente mejores que otras formas de atención e intervención policial para los niños y niñas víctimas. En primer lugar, por el hecho de que brindan todos los servicios en el mismo lugar, y esto hace aumentar la sensación de seguridad en los niños. En segundo lugar, porque la colaboración entre los diversos profesionales y disciplinas involucradas aporta una base de conocimientos más amplia para las investigaciones y permite a los actores involucrados abordar la intervención de los niños y niñas desde diferentes perspectivas. En cambio, aquellas Barnahus mal administradas, presentaban problemas estructurales similares a los sistemas de atención clásicos.

Posteriormente, dos trabajos más han examinado la implementación en Suecia de las Barnahus (Landberg y Svedin, 2013; Rasmusson, 2011), encontrando que este modelo presenta resultados positivos evidentes, como por ejemplo mejoras en la investigación y reducción de los tiempos del proceso. Además, al comparar el modelo Barnahus con los modelos tradicionales éste evitaba la excesiva exposición de los niños y niñas a las distintas agencias y, una vez más, detectaron que la sensación de seguridad del niño

umentaba cuando todo el proceso tiene lugar en un mismo espacio. Se observó que, entre los puntos a tener en cuenta, se encontraba el tiempo y esfuerzo que requiere implementar y desarrollar este tipo de centros. Destacan que se necesita tiempo para desarrollar rutinas de funcionamiento adecuadas y establecer consensos y cooperación con las autoridades pertinentes, notándose mejoras en los centros que llevan más tiempo y se administran correctamente, en comparación con aquellos más nuevos y con menos experiencia, que cuentan con una menor cooperación e implicación local o estatal.

En Noruega, Stefansson et al. (2012) examinaron la evolución de sus seis primeras Barnahus y la conclusión general es que los niños que fueron atendidos en las Barnahus recibieron mejor atención que los niños que son entrevistados por la policía o en los tribunales. Aumentó también la coordinación entre el sistema judicial y los servicios de apoyo y tratamiento. En este trabajo también se mencionan una serie de cuestiones que deberían resolverse como por ejemplo que no todos los niños tienen acceso real a las Barnahus, o que no siempre se realizan exámenes médicos en estos centros. La necesidad de una formación común y de centralizar los procesos y el modelo de gestión de los centros también son elementos de mejora que los autores destacan. Algo importante que también subrayan son las considerables diferencias entre centros, debido a los distintos recursos económicos y de personal, diferencias en el enfoque del centro o su dinámica. Los autores sugieren que se lleve a cabo una evaluación exhaustiva de la asignación de recursos y que se considere la viabilidad de abrir Barnahus adicionales.

Landberg y Svedin (2013) también hacen alusión en su informe a la evaluación que se realizó a las seis primeras Barnahus noruegas y sugieren que las deficiencias que se observan pueden deberse a condiciones locales adversas, como acuerdos de cooperación poco claros e inadecuados, insuficientes recursos asignados a los centros, o directrices y legislaciones nacionales que no se ajustan o incluso se contraponen al modelo.

## **1.5 Conclusiones**

El modelo Barnahus busca reducir la victimización secundaria basando sus principios en recursos y técnicas basadas en la evidencia. La base teórica que lo sustenta cuenta indudablemente con avales científicos y parece que apunta hacia la dirección correcta a seguir, ya que los primeros trabajos que analizan sus efectos sobre el bienestar de los niños y niñas muestran buenos resultados. No obstante, se trata de un modelo joven, que parece encontrarse inevitablemente con algunos problemas que deberán irse solucionando, así como aumentando la evidencia disponible con los menores en edad preescolar (McGuire et al., 2021). Además, se debe seguir evaluando el modelo, tanto en su contexto nórdico de origen como en los diferentes países y contextos nacionales que se han unido los últimos años a la iniciativa y de los que, hasta la fecha, no existen datos disponibles sobre su implementación y resultados.



## 1.6. Referencias

- Benia, L. R., Hauck-Filho, N., Dillenburg, M., & Stein, L. M. (2015). The NICHD investigative interview protocol: A meta-analytic review. *Journal of Child Sexual Abuse, 24*(3), 259-279.
- Bonach, K., Mabry, J. B., & Potts-Henry, C. (2010). Exploring nonoffending caregiver satisfaction with a children's advocacy center. *Journal of Child Sexual Abuse, 19*(6), 687–708.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford.
- Herbert, J. L., & Bromfield, L. (2019). Better together? A review of evidence for multi-disciplinary teams responding to physical and sexual child abuse. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 214–228.
- Johansson, S., Stefansen, K., Bakketeig, E., & Kaldal, A. (2017). *Collaborating against child abuse: Exploring the Nordic Barnahus model*. Springer Nature.
- Kaldal, A., Diesen, C., Beije, J. & Diesen, E. F. (2010). *Barnahusutredningen 2010*. Juridiska institutionen vid Stockholms universitet. Jure Förlag.
- Landberg, A. & Svedin, C. G. (2013). *A quality review of 23 Swedish Barnahus*. Save the Children.  
[https://calio.org/wp-content/uploads/2019/01/Inuti-ett-barnahus\\_eng.pdf](https://calio.org/wp-content/uploads/2019/01/Inuti-ett-barnahus_eng.pdf)
- Haldorsson, O. L. (2017). *Barnahus quality standards. guidance for multidisciplinary and interagency response to child victims and witnesses of violence*.  
<https://www.barnahus.eu/s/wp-content/uploads/2020/02/PROMISE-Barnahus-Quality-Standards.pdf>
- Louison Vang, M., Shevlin, M., Hansen, M., Lund, L., Askerod, D., Bramsen, R. H., & Flanagan, N. (2020). Secondary traumatisation, burn-out and functional impairment: findings from a study of Danish child protection workers. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1724416.
- McGuire, A., Steele, R. G., & Singh, M. N. (2021). Systematic review on the application of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for preschool-aged children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*, 20–37.
- Nesvold, H., Worm, A. M., Vala, U., & Agnarsdóttir, G. (2005). Different Nordic facilities for victims of sexual assault: A comparative study. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 84*(2), 177-183.
- Olson, S. & Stroud, C. (2012). *Child maltreatment research, policy and practice for the next decade*. The National Academies Press.

- Rasmusson, B. (2011). Children's advocacy centers (Barnahus) in Sweden. *Child Indicators Research*, 4(2), 301–321.
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child Welfare*, 90(6), 149–168.
- Stefansson, K., Gundersen, T. & Bakketeig, E. (2012). *Barnehusevalueringen 2012. Delrapport 2. En undersøkelse blant barn og pårørende, jurister og politifolk, samt ledere og ansatte*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring NOVA Rapport 9/2012.
- Tishelman, A. C., & Geffner, R. (2010). Forensic, cultural, and systems issues in child sexual abuse cases—Part 2: Research and practitioner issues. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(6), 609–617.
- Walsh, W., Jones, L., & Cross, T. P. (2003). Children's Advocacy Centers: One philosophy, many models. *American Professional Society on the Abuse of Children Advisor*, 15(3), 3–7.

## 2. Entrenamiento y formación en victimización sexual infantil basados en la evidencia

*Laura Andreu*

### 2.1. Introducción

Uno de los aspectos más relevantes en relación con la prevención de la victimización secundaria es la formación de los profesionales que intervienen con las víctimas (Campbell y Raja, 1999). Esta formación fomenta la adquisición de nuevos conocimientos (Martin y Silverstone, 2016), además de producir cambios de actitudes en los profesionales (Pereda et al., 2011) que suponen un impacto directo en la intervención con las víctimas (Fox y Cook, 2011). Desde la perspectiva de los profesionales, estos consideran que los programas de formación les resultan provechosos y útiles (Rheingold et al., 2012) además de aportarles seguridad y autoconfianza en el desempeño de su rol profesional (Bond y Dogaru, 2019; Kenny et al., 2019).

En el campo de la victimización sexual infantil se han desarrollado en las últimas décadas diversos programas destinados a formar a diferentes colectivos. Así, por ejemplo, estos programas se dirigen a la población general, con el objetivo de proporcionar herramientas a los adultos que interaccionan con niños y niñas que les permitan detectar e intervenir ante posibles casos de abuso (Martin y Silverstone, 2016; Rheingold et al., 2015).

También se han presentado programas destinados a profesionales del ámbito educativo (Hanson et al., 2008) puesto que el tiempo que los niños pasan en el entorno escolar sitúa a los maestros en una posición privilegiada para detectar indicadores de riesgo sociales y emocionales, comportamientos inapropiados y consecuencias académicas del abuso sexual infantil (Scholes et al., 2012). Estudios llevados a cabo en España muestran que la experiencia y el conocimiento en victimización infantil por parte de los profesionales que trabajan en la escuela influye de forma significativa en la notificación de las sospechas de abuso y maltrato que se tengan a las autoridades (Greco et al., 2017).

Existen, a su vez, programas dirigidos a profesionales del ámbito policial, dado que suelen ser el primer contacto de las víctimas con el proceso de notificación y denuncia (Stone et al., 1984).

Finalmente, también hay programas dirigidos a formar a profesionales de la salud, con el propósito de mejorar las evaluaciones y la asistencia a las víctimas (Kenny y Abreu, 2015; Palusci y McHugh, 1995; Victor-Chmil y Foote, 2016). Ante un posible caso de abuso sexual infantil, los profesionales médicos deben saber cómo responder, si tienen que derivar el caso para su evaluación y a qué profesionales derivarlo, si hay que

notificarlo a las autoridades, y cómo asesorar a los padres y reducir el riesgo de problemas emocionales posteriores derivados de la situación (Jenny et al., 2013).

A pesar de la implementación de estos programas de formación en el campo de la victimización sexual infantil, algunos estudios evidencian que los profesionales continúan manteniendo falsas creencias sobre el abuso sexual infantil (por ejemplo, profesionales de la psicología, Pereda et al., 2012) y desconocen aspectos relevantes y necesarios para su intervención (por ejemplo, profesionales del ámbito educativo, Márquez-Flores et al., 2016; y profesionales del ámbito del abuso sexual infantil, Pelisoli et al., 2015). Los profesionales manifiestan, además, una gran insatisfacción con la escasa formación recibida y subrayan la necesidad de ser formados en este campo (por ejemplo, profesionales del ámbito de la pediatría, Giardino et al., 1998; y profesionales de la atención a la infancia, Rheingold et al., 2012).

## **2.2. Características de los programas de formación**

En cuanto a los destinatarios de la formación, la complejidad que entraña la intervención en los casos de abuso sexual infantil requiere de equipos multidisciplinares (Kenny y Abreu, 2015; Yamaoka et al., 2019), por lo que resulta fundamental que la formación esté dirigida a estos equipos en conjunto (Haas et al., 2011).

En relación con las materias que debe abordar la formación, Chen et al. (2013) consultaron con 25 expertos de diferentes disciplinas los objetivos que deberían perseguirse al planificar una formación sobre abuso infantil. Estos autores concluyeron que las formaciones debían ofrecer, en primer lugar, conocimientos teóricos sobre el abuso, normas subjetivas y actitudes hacia el abuso; además de proporcionar habilidades para la intervención en estos casos, así como entrenar a los profesionales en colaboración multidisciplinaria.

Algunos autores han explorado los contenidos teóricos que tendrían que incluirse en estos programas. La Figura 2.1 muestra una síntesis de estos contenidos.

En primer lugar, es necesario eliminar los mitos y creencias que aun hoy persisten en la sociedad, incluso entre los profesionales de este ámbito, sobre el abuso sexual infantil (Cromer y Goldsmith, 2010).

En segundo término, para lograr una detección eficaz del abuso es esencial que tanto los profesionales como la ciudadanía en general conozcan la sintomatología característica del abuso sexual infantil. La investigación ha agrupado la amplia diversidad de síntomas asociados al abuso sexual infantil en cinco categorías: problemas emocionales, problemas cognitivos, problemas de relación, problemas funcionales y problemas de conducta (Pereda, 2009).

También es importante entender que a pesar de que algunas víctimas presentan consecuencias adversas derivadas de la experiencia de victimización sexual, la relación entre el abuso sexual infantil y el desajuste psicológico no es causal (Rind y Tromovitch, 1997); sino que intervienen mediadores como las características del abuso, factores situacionales como el apoyo social o variables cognitivas de la víctima (Cantón-Cortés y

Cortés, 2015; Tremblay et al., 1999). Finkelhor y Browne (1985) desarrollaron un modelo conceptual que trata de explicar la relación entre la experiencia de abuso sexual infantil y las potenciales secuelas en base a cuatro dinámicas traumáticas provocadas por el abuso: sexualización traumática, traición, impotencia y estigmatización.

Otra cuestión que debe incluirse en la formación con el fin de facilitar a las víctimas la revelación del abuso, es la identificación y comprensión de las barreras y obstáculos que encuentran los niños para narrar lo sucedido (Alaggia et al., 2019; Lemaigre et al., 2017). Las reacciones negativas del entorno ante la revelación de la experiencia de victimización sexual han demostrado tener un gran efecto en el posterior desarrollo de psicopatología (Dworkin et al., 2019).

En cuanto a la intervención ante una sospecha de abuso sexual infantil, la complejidad que comporta la evaluación de estos casos requiere de una exploración multidisciplinar que implique profesionales de la salud, como un pediatra y psicólogo infantil, además de un trabajador social y cualquier otro profesional que sea pertinente para cada caso particular (Pereda y Abad, 2013).

Si bien todas las víctimas de abuso sexual infantil no desarrollan problemas psicológicos, existe en esta población un mayor riesgo de padecer psicopatología u otras consecuencias negativas asociadas al abuso (Maniglio, 2009). Debido a ello, es imprescindible que los profesionales conozcan los tratamientos basados en la evidencia existentes como pueden ser la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma (TF-CBT), la terapia de juego o la terapia de apoyo, entre otras (Dorsey et al., 2016; Gillies et al., 2016).

Relacionado con la intervención con las víctimas, investigaciones recientes advierten de la necesidad de atender también al cuidador no infractor, puesto que el apoyo recibido por las víctimas tras la experiencia abusiva tiene gran influencia en las consecuencias del abuso (Barker-Collo y Read, 2003). Las intervenciones con estos cuidadores incluyen desde proporcionar información u ofrecer psicoeducación, a grupos de apoyo o terapias de apoyo individual (Van Toledo y Seymour, 2013).

Tanto los ciudadanos en general como todos los profesionales que atienden a la infancia tienen la obligación de notificar cualquier sospecha de abuso sexual infantil (Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil [FAPMI], 2011); por lo que resulta fundamental que tanto población en general como profesionales posean un conocimiento básico de cómo interponer una denuncia y del proceso judicial subsecuente (Kenny y Abreu, 2015). Aún más, según estudios recientes llevados a cabo con profesionales del ámbito educativo en España (Greco et al., 2020), poseer conocimientos sobre el proceso de notificación de un caso de abuso o maltrato infantil incrementa la posibilidad de que se intervenga sobre el caso y de que éste sea reportado a la autoridad.

Por último, las formaciones deben incluir información sobre el trauma vicario (McCann y Pearlman, 1990) o el estrés traumático secundario (Figley, 1995). Estos términos hacen referencia al desgaste psicológico o emocional que pueden sufrir aquellos profesionales

que atienden a víctimas de eventos traumáticos (Guerra y Pereda, 2015). Conocer esta problemática puede ayudar a su prevención y a una mejor intervención (Trippany et al., 2004), por lo que es necesario que estos profesionales conozcan las variables y factores que pueden influir en la aparición de este trastorno (Trippany et al., 2003).



Figura 2.1. Contenido de la formación en abuso sexual infantil (Kenny y Abreu, 2015).

Cabe añadir que, si bien las investigaciones en este campo se han centrado en determinar la eficacia de los programas de formación, existe escasa evidencia sobre qué metodologías son más eficaces para la adquisición de estos conocimientos.

De la revisión de la metodología empleada en diferentes programas de formación puede extraerse que, en relación con la duración de estos, aquellos que ofrecen una formación continuada resultan más provechosos que aquellos ofrecidos en sesiones únicas (Kenny y Abreu, 2015). Por otra parte, la mayoría de los estudios coinciden en que la estrategia docente más eficaz es aquella en la que tras un módulo inicial teórico los participantes pueden poner en práctica estos conocimientos en escenarios de casos reales, ya sea mediante simulación (Victor-Chmil y Foote, 2016), visionado de material audiovisual (Stone et al., 1984) o asistiendo a intervenciones reales en programas de prácticas (Palusci y McHugh, 1995; Yamaoka et al., 2019).

Respecto al formato de la formación, recientemente algunos programas han incluido parte o la totalidad de sus contenidos en formato online (Victor-Chmil y Foote, 2016; Yamaoka et al., 2019). Esta metodología permite que más profesionales puedan acceder a la formación y, aunque con algunas limitaciones, resulta efectiva (Paranal et al., 2012).

A pesar de ello, las preferencias de los participantes se inclinan hacia un formato presencial ya que según constatan favorece el intercambio de información y el debate entre profesionales (Bond y Dogaru, 2019; Rheingold et al., 2012).

En conclusión, a pesar del incremento de programas de formación en el campo de la victimización sexual infantil de los últimos años, se siguen evidenciando carencias en la formación de estos profesionales. La formación ha demostrado ser un elemento clave en la mejora de la intervención, generando efectos positivos tanto en las víctimas como en los mismos profesionales. En cuanto a la metodología que más favorece el aprendizaje, los programas de formación continuada, que ofrecen la posibilidad de poner en práctica los conocimientos teóricos adquiridos son aquellos que resultan más eficaces.

### 2.3. Referencias

- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000-2016). *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 260–283.
- Barker-Collo, S., & Read, J. (2003). Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment. *Trauma, Violence & Abuse, 4*(2), 95–111.
- Bond, E., & Dogaru, C. (2019). An evaluation of an inter-disciplinary training programme for professionals to support children and their families who have been sexually abused online. *The British Journal of Social Work, 49*(3), 577–594.
- Campbell, R., & Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence article in violence and victims. *Violence and Victims, 14*(3), 261–275.
- Cantón-Cortés, D., & Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología, 31*(2), 552–561.
- Chen, Y. W., Fetzer, S., Lin, C. L., Huang, J. J., & Feng, J. Y. (2013). Healthcare professionals' priorities for child abuse educational programming: A Delphi study. *Children and Youth Services Review, 35*(1), 168–173.
- Cromer, L. D., & Goldsmith, R. E. (2010). Child sexual abuse myths: Attitudes, beliefs, and individual differences. *Journal of Child Sexual Abuse, 19*(6), 618–647.
- Dorsey, S., Mclaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Cox, J. R., & Amaya-jackson, L. (2016). Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 46*(3), 303–330.
- Dworkin, E. R., Brill, C. D., & Ullman, S. E. (2019). Social reactions to disclosure of interpersonal violence and psychopathology : A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 72*.



- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (2011). *Detección y notificación de casos de maltrato infantil. Guía para la ciudadanía*. Publicaciones para la protección de la infancia y la adolescencia. Recuperado de [https://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/SOIC\\_Guia%20Ciudadano\\_Maguetada\\_30-03-11.pdf](https://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/SOIC_Guia%20Ciudadano_Maguetada_30-03-11.pdf)
- Figley, Ch.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel Publishers.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse : a conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541.
- Fox, K. A., & Cook, C. L. (2011). Is knowledge power? the effects of a victimology course on victim blaming. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(17), 3407–3427.
- Giardino, A. P., Brayden, R. M., & Sugarman, J. M. (1998). Residency training in child sexual abuse evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), 331–336.
- Gillies, D., Maiocchi, L., Ap, B., Taylor, F., Gray, C., Brien, O. L., Gillies, D., Maiocchi, L., Ap, B., Taylor, F., Gray, C., & Brien, O. L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
- Goulet, B. P., Cross, T. P., Chiu, Y. L., & Evans, S. (2020). Moving from procedure to practice: a statewide child protection simulation training model. *Journal of Public Child Welfare*, 1-20.
- Greco, A. M., Guilera, G., & Pereda, N. (2017). School staff members experience and knowledge in the reporting of potential child and youth victimization. *Child Abuse & Neglect*, 72, 22–31.
- Greco, A. M., Pereda, N., & Guilera, G. (2020). Detection and reporting potential child and youth victimization cases from school: The role of knowledge. *Children and Youth Services Review*, 119, 105499.
- Guerra, C., y Pereda, N. (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas Víctimas de malos tratos y abuso sexual: Un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 45(2), 177–188.
- Haas, S. M., Bauer-Leffler, S., & Turley, E. (2011). Evaluation of cross-disciplinary training on the co-occurrence of domestic violence and child victimization: Overcoming barriers to collaboration. *Journal of Health and Human Services Administration*, 34(3), 352–386.
- Hanson, R. F., Ralston, E., Self-Brown, S., Ruggiero, K. J., Saunders, B. E., Gaw Love, A., Sosnowski, P., & Williams, R. (2008). Description and preliminary evaluation of the



child abuse school liaison program: a secondary prevention program for school personnel. *Journal of Psychological Trauma*, 7(2), 91–103.

Jenny, C., Crawford-Jakubiak, J. E., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2013). The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*, 132(2), e558–e567.

Kenny, M. C., & Abreu, R. L. (2015). Training mental health professionals in child sexual abuse: curricular guidelines. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24, 572–591.

Kenny, M. C., Helpingstine, C., Long, H., & Harrington, M. C. (2019). Assessment of commercially sexually exploited girls upon entry to treatment: Confirmed vs. at risk victims. *Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104040>

Lemaigre, C., Taylor, E. P., & Gittoes, C. (2017). Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 70, 39–52.

Maniglio, R. (2009). Clinical Psychology Review The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647–657.

Márquez-Flores, M. M., Granados-Gámez, V. V., & Márquez-Hernández, G. (2016). Teachers' knowledge and beliefs about child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(5), 538–555.

Martin, E. K., & Silverstone, P. H. (2016). An evidence-based education program for adults about child sexual abuse («Prevent It!») that significantly improves attitudes, knowledge, and behavior. *Frontiers in Psychology*, 7(AUG), 1–13.

Palusci, V. J., & McHugh, M. T. (1995). Interdisciplinary training in the evaluation of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1031–1038.

Paranal, R., Washington Thomas, K., & Derrick, C. (2012). Utilizing online training for child sexual abuse prevention: Benefits and limitations. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(5), 507–520.

Passmore, J., & Velez, M. J. (2015). Training Evaluation. En K. Kraiger, J. Passmore, N. Rebelo dos Santos, & S. Malvezzi (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of the psychology of training, development, and performance improvement* (pp. 155–172). John Wiley & Sons, Ltd.

Pelisoli, C., Herman, S., & Dell'Aglio, D. D. (2015). Child sexual abuse research knowledge among child abuse professionals and laypersons. *Child Abuse & Neglect*, 40, 36–47.

Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135–144.

Pereda, N., & Abad, J. (2013). Multidisciplinary approach in the exploration of child sexual abuse. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(1), 19–25.

Pereda, N., Arch, M., Guerra-González, R., Llerena, G., Berta-Aleman, M., Saccinto, E., & Gascón, E. (2012). Conocimientos y creencias sobre abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Anales de Psicología*, 28(2), 524–531.

Pereda, N., Kappler, K. E., Gallardo-Pujol, D., & Queralt, J. J. (2011). Actitudes hacia el inglés y la criminología en la Universidad de Barcelona: Un proyecto de estudio, de intervención y de cambio. En M. Turull-Rubinat (Ed.), *Experiencias de mejora e innovación docente en el ámbito del Derecho* (pp. 168–176). Octaedro.

Rheingold, A. A., Zajac, K., Chapman, J. E., Patton, M., de Arellano, M., Saunders, B., & Kilpatrick, D. (2015). Child sexual abuse prevention training for childcare professionals: An independent multi-site randomized controlled trial of stewards of children. *Prevention Science*, 16(3), 374–385.

Rheingold, A. A., Zajac, K., & Patton, M. (2012). Feasibility and acceptability of a child sexual abuse prevention program for childcare professionals: Comparison of a web-based and in-person training. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 422–436.

Rind, B., & Tromovitch, P. (1997). A meta-analytic review of findings from national samples on psychological correlates of child sexual abuse. *Journal of Sex Research*, 34(3), 237–255.

Scholes, L., Jones, C., Stieler-Hunt, C., Rolfe, B., & Pozzebon, K. (2012). The teachers' role in child sexual abuse prevention programs: Implications for teacher education. *Australian Journal of Teacher Education*, 37(11), 104–131.

Stone, L. E., Tyler, R. P. T., & Mead, J. J. (1984). Law enforcement officers as investigators and therapists in child sexual abuse: A training model. *Child Abuse & Neglect*, 8(1), 75–82.

Toledo, A. Van, & Seymour, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse : A review. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 772–781.

Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929–945.

Trippany, R. L., Kress, V. E. W., & Wilcoxon, S. A. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82, 31–37.

Trippany, R. L., Wilcoxon, S. A., & Satcher, J. F. (2003). Factors influencing vicarious traumatization for therapists of survivors of sexual victimization. *Journal of Trauma Practice, 2*(1), 47–60.

Victor-Chmil, J., & Foote, E. (2016). An interprofessional simulation for child abuse reporting. *Clinical Simulation in Nursing, 12*(3), 69–73.

Yamaoka, Y., Wilsie, C., Bard, E., & Bonner, B. L. (2019). Interdisciplinary Training Program (ITP) in child abuse and neglect: Long term effects. *Child Abuse & Neglect, 94*(June), 104032.

## 3. Intervención multidisciplinar

*Laura Andreu*

### 3.1. Origen

La intervención multidisciplinar (MDT) en victimización infantil tiene su origen en Estados Unidos a finales de los años 80 (Young y Nelson-Gardell, 2018). En esta época se aumentaron los recursos destinados a intervenir en los casos de abuso infantil, lo que facilitó que un gran número de instituciones, agencias y organizaciones llevaran a cabo intervenciones de diferente índole, pero de forma totalmente desorganizada. Como consecuencia, las víctimas tenían que declarar en ininidad de ocasiones, delante de multitud de profesionales, algunos de ellos sin preparación ni formación específica sobre infancia ni tampoco sobre los protocolos, técnicas e instrumentos más adecuados para entrevistar a niños y niñas (Connell, 2009).

Cabe tener en cuenta que la exploración del abuso sexual infantil supone un reto para cualquier profesional, que no puede ser afrontado en solitario. Es necesario que este tipo de exploraciones sean llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar, que permita evaluar cada una de las áreas que han demostrado incluir indicadores, en muchos casos inespecíficos y poco frecuentes, que pueden ayudarnos a llevar una correcta evaluación. Una adecuada coordinación entre los profesionales del ámbito clínico o social y los médicos y psicólogos forenses que llevarán el caso en el ámbito judicial, es imprescindible para un correcto abordaje de estas situaciones (Pereda y Abad, 2013).

Por esta razón, el Fiscal del Distrito de Huntsville (Alabama) propuso que todos estos profesionales trabajaran de forma conjunta en los casos de abuso infantil, con el fin de dar una mejor y más eficaz respuesta a estos niños y niñas, a la vez que se desarrollaban investigaciones más informadas y efectivas (Cramer, 1985).

### 3.2. Definición y quién lo compone

Así pues, se crearon los equipos multidisciplinarios de intervención en el abuso infantil. Estos equipos están formados por profesionales de distintas áreas y tienen como objetivo garantizar el interés superior del menor desde una perspectiva profesional conjunta (Herbert y Bromfield, 2019); mediante la mejora en la colaboración y comunicación de las diferentes instituciones implicadas.

Los equipos multidisciplinarios deben trabajar conforme a un acuerdo o convenio en el cual se establecerán las pautas de trabajo del equipo. En él deben recogerse aspectos como la periodicidad de las reuniones, los roles de cada profesional, los protocolos de actuación en situaciones de crisis, y todos los aspectos relevantes para el buen funcionamiento del equipo (Herbert y Bromfield, 2019). Los componentes de estos equipos varían ampliamente dependiendo del caso (Cross et al., 2012), pero normalmente están compuestos por representantes del cuerpo de policía, fiscalía, servicios de protección a la infancia, salud mental y pediatría. Cada uno de estos

profesionales desarrolla un rol dentro del MDT (Figura 3.1). Cabe resaltar la función del entrevistador forense, puesto que pueden desempeñarla tanto psicólogos, como trabajadores sociales o agentes de policía. En cualquier caso, esta función debe desempeñarla un profesional con formación específica en técnicas de entrevista y desarrollo evolutivo, a fin de ser capaz de recoger el testimonio del menor atendiendo a las peticiones del MDT y causando el menor malestar posible al niño o niña (Van Eys y Benke, 2011).

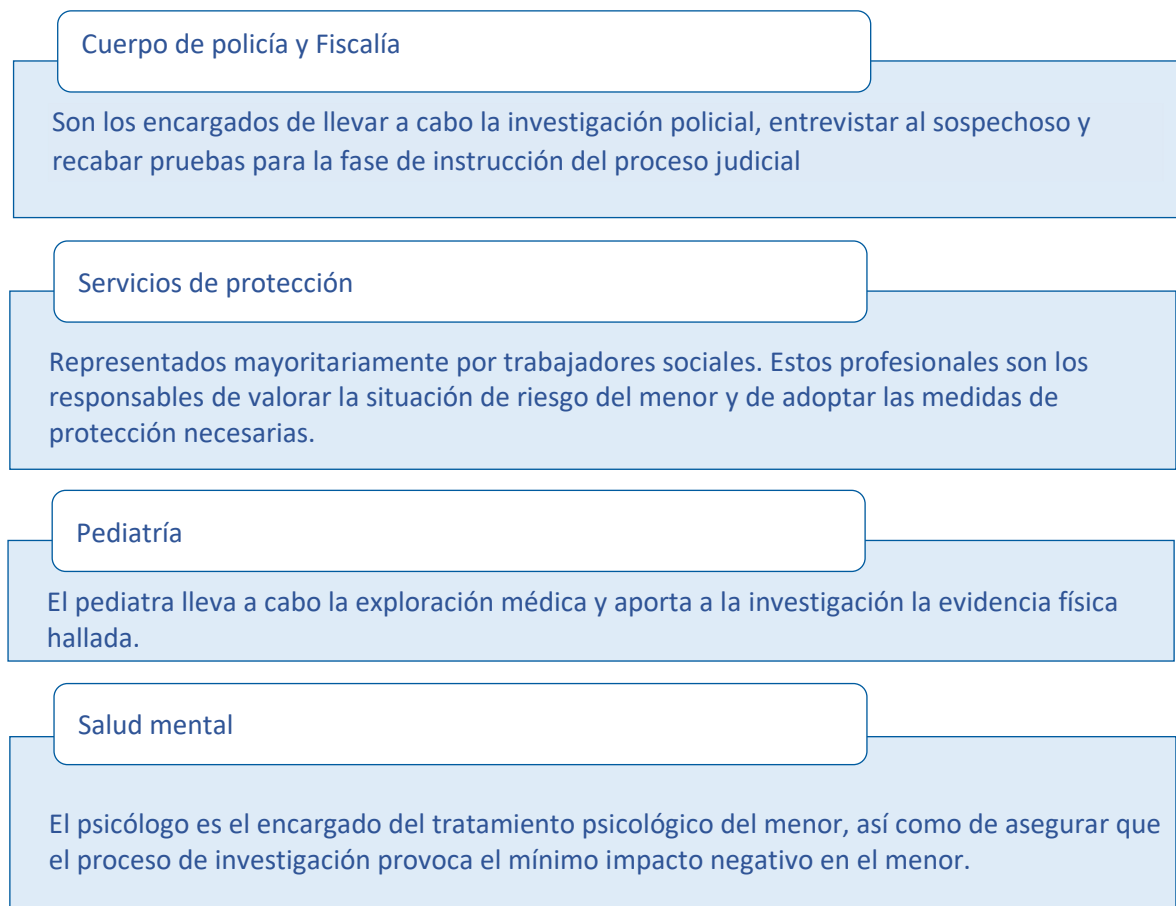


Figura 3.1. Funciones de los componentes de un MDT (Van Eys y Benke, 2011).

Algunos autores han apuntado a posibles conflictos de roles en el papel de los psicólogos en los MDT (Connell, 2009; Melton y Kimbrough-Melton, 2006). Estos autores señalan que, dada su formación, estos profesionales pueden desempeñar multitud de roles dentro del equipo. En especial resaltan la incompatibilidad entre el papel de terapeuta y el hecho de formar parte del equipo que investiga el caso. Del mismo modo, argumentan que debido a la relación terapéutica que se establece con el menor, no es posible ser objetivo con respecto a la investigación (Melton y Kimbrough-Melton, 2006). Si bien estos autores podrían estar en lo cierto, guías como la Psychosocial Evaluation of Suspected Abuse in Children precisan que estos roles deben estar desempeñados por distintos profesionales (APSAC, 1997). Es decir, los profesionales de la salud mental pueden realizar las entrevistas forenses y ejercer cómo terapeutas dentro del mismo MDT, pero nunca en el mismo caso (Cross et al., 2012).

### 3.3. Efectividad

La efectividad de la intervención multidisciplinar en los casos de victimización infantil ha sido ampliamente demostrada (Herbert y Bromfield, 2019). En términos generales, es razonable aceptar que la colaboración entre profesionales con distintos conocimientos específicos dará lugar a una mejor toma de decisiones en los casos intervenidos y, en consecuencia, repercutirá positivamente en las víctimas y propiciará mejores resultados jurídicos (Jackson, 2012).

Respecto a la evaluación médica, estudios llevados a cabo en los Estados Unidos demuestran que es más probable que el examen médico se lleve a cabo por parte de profesionales entrenados si el caso se encuentra atendido en un CAC, que si sigue el proceso tradicional (Walsh et al., 2007), lo que tendrá implicaciones en las pruebas que se obtengan y que deberán presentarse en el juicio.

En relación con la adaptación del proceso judicial al menor, los estudios encuentran que la intervención MDT modula el estrés del proceso de investigación lo que podría suponer una disminución de la probabilidad de desarrollar sintomatología traumática en las víctimas (Tishelman y Geffner, 2010). Asimismo, tanto los cuidadores como los propios niños y niñas expresan mayor satisfacción con el proceso judicial (Herbert y Bromfield, 2019; Jones et al., 2007), sobre todo por la respuesta coordinada, el confort, la amabilidad y disposición del personal (Bonach et al., 2010).

Por otro lado, en cuanto a la mejora en los resultados jurídicos obtenidos, la evidencia es mixta. Mientras que algunas investigaciones han encontrado un aumento evidente en las tasas de enjuiciamiento de agresores (Miller y Rubin, 2009), mayor número de cargos imputados (Joa y Edelson, 2004) y procesos judiciales más rápidos (Walsh et al. 2008); investigaciones más recientes encuentran menos mejoras de la intervención MDT frente a la intervención tradicional (Edinburgh et al., 2008). No obstante, la revisión de Herbert y Bromfield (2019) muestra que esto se debe probablemente al hecho de que, aunque de manera informal, en la actualidad la intervención en los casos de abuso infantil es, de alguna forma, siempre multidisciplinar.

Por su parte, algunos estudios han explorado la perspectiva de los profesionales que conforman estos equipos (Van Eys y Beneke, 2011; Young y Nelson-Gardell, 2018). El aspecto más valorado por estos trabajadores es el intercambio de información. Los componentes de un MDT requieren de sus compañeros competencias específicas de su área de conocimiento y, de igual manera, consideran que su mayor aportación al equipo son los conocimientos específicos de su área de trabajo. Igualmente, también consideran fundamental que el entorno de trabajo sea agradable y exista buena relación entre los miembros del equipo. Para ello es imprescindible el respeto y la confianza entre los diferentes profesionales del equipo. Young y Nelson-Gardell (2018) proponen una serie de pautas (Tabla 3.1) para conseguir este ambiente laboral idóneo, y apuntan que es necesario conocer los roles y responsabilidades de cada miembro del equipo, así como reconocer las propias limitaciones, tanto profesionales como personales, y apoyarse en el equipo para suplirlas.

Tabla 3.1. Pautas para el buen funcionamiento del MDT (adaptado de Young y Nelson-Gardell, 2018).

---

- Establecer relaciones interprofesionales provechosas.
- Favorecer el intercambio fluido de información sobre los casos.
- Conocer los roles y las responsabilidades de los demás miembros del equipo.
- Reconocer el trabajo de los demás miembros del equipo.
- Admitir las limitaciones profesionales y personales.
- Consultar con otros miembros del equipo los aspectos concretos de su campo de conocimiento.
- Entender el desconocimiento de aspectos específicos del resto de miembros del equipo.

---

### 3.4. Conclusión

La intervención multidisciplinar en los casos de victimización infantil ha demostrado ser una forma de actuación efectiva que conduce a procesos judiciales más rápidos y menos dañinos para las víctimas. No obstante, puede presentar dificultades dado que requiere del acuerdo de diferentes profesionales de distintas instituciones; por lo que resulta fundamental una adecuada estructuración del MDT, establecimiento de roles claramente diferenciados, así como fomentar la coordinación y comunicación dentro del equipo de trabajo.

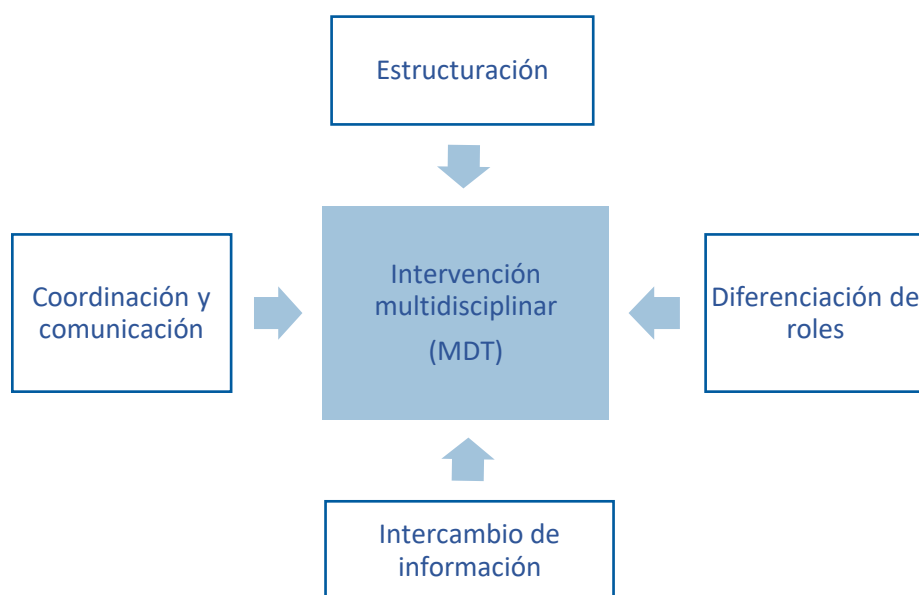


Figura 3.2. Aspectos a tener en cuenta para un trabajo efectivo del MDT.

### 3.4. Referencias

APSAC (1997). *Psychosocial evaluation of suspected abuse in children* (2nd ed.). American Professional Association on the Abuse of Children. [http://www.ncdsv.org/images/APSAC\\_Psychosocial-evaluation-of-suspected-SA-in-children-second-edition\\_1997.pdf](http://www.ncdsv.org/images/APSAC_Psychosocial-evaluation-of-suspected-SA-in-children-second-edition_1997.pdf)

- Bonach, K., Mabry, J. B., & Potts-Henry, C. (2010). Exploring nonoffending caregiver satisfaction with a children's advocacy center. *Journal of Child Sexual Abuse, 19*(6), 687–708.
- Connell, M. (2009). The Child Advocacy Center model. In K. Kuehnle & M. Connell (Eds.). *The evaluation of child sexual abuse allegations: A comprehensive guide to assessment and testimony* (pp. 423–449). John Wiley & Sons Inc.
- Cramer, R. E. (1985). The District Attorney as a mobilizer in a community approach to child sexual abuse. *University of Miami Law Review, 20*, 209–215.
- Cross, T. P., Fine, J. E., Jones, L. M., & Walsh, W. A. (2012). Mental health professionals in children's advocacy centers: Is there role conflict? *Journal of Child Sexual Abuse, 21*(1), 91–108.
- Edinburgh, L., Saewyc, E., & Levitt, C. (2008). Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse & Neglect, 32*(12), 1119–1126.
- Herbert, J. L., & Bromfield, L. (2019). Better together? A review of evidence for multi-disciplinary teams responding to physical and sexual child abuse. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 214–228.
- Jackson, S. L. (2012). Results from the Virginia Multidisciplinary Team Knowledge and Functioning Survey: The importance of differentiating by groups affiliated with a child advocacy center. *Children and Youth Services Review, 34*(7), 1243–1250.
- Joa, D., & Edelson, M. G. (2004). Legal outcomes for children who have been sexually abused: The impact of child abuse assessment center evaluations. *Child Maltreatment, 9*(3), 263–276.
- Jones, L. M., Cross, T. P., Walsh, W. A., & Simone, M. (2007). Do Children's Advocacy Centers improve families' experiences of child sexual abuse investigations? *Child Abuse & Neglect, 31*(10), 1069–1085.
- Melton, G. B., & Kimbrough-Melton, R. J. (2006). Integrating assessment, treatment and justice: Pipe dream or possibility. In *Forensic mental health assessment of children and adolescents* (pp. 30–45). Oxford University Press.
- Miller, A., & Rubin, D. (2009). The contribution of children's advocacy centers to felony prosecutions of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 33*(1), 12–18.
- Pereda, N. y Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal, 39* (1), 19–25.



- Tishelman, A. C., & Geffner, R. (2010). Forensic, Cultural, and Systems Issues in Child Sexual Abuse Cases—Part 2: Research and Practitioner Issues. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(6), 609–617.
- Van Eys, P., & Beneke, B. (2011). Navigating the system: The complexities of the MDT in cases of CSA. In *Handbook of child sexual abuse* (pp. 69–97). John Wiley & Sons, Inc.
- Walsh, W. A., Cross, T. P., Jones, L. M., Simone, M., & Kolko, D. J. (2007). Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination?: The impact of Children's Advocacy Centers. *Child Abuse & Neglect*, 31(10), 1053–1068.
- Walsh, W. A., Lippert, T., Cross, T. P., Maurice, D. M., & Davison, K. S. (2008). How long to prosecute child sexual abuse for a community using a children's advocacy center and two comparison communities? *Child Maltreatment*, 13(1), 3–13.
- Young, T. L., & Nelson-Gardell, D. (2018). A grounded theory study of collaboration in multidisciplinary teams. *Journal of Public Child Welfare*, 12(5), 576–595.

## 4. Entrevista forense

*Diego A. Díaz-Faes*

### 4.1. Introducción

A menudo, en un caso de abuso sexual, las niñas y niños presuntas víctimas son las únicas fuentes de información disponibles, por lo que comprender cómo se puede facilitar y conseguir que el testimonio de los y las menores sea lo más preciso posible es un aspecto crítico de la evaluación forense.

Durante las últimas décadas, la investigación sobre el desarrollo y la memoria en la infancia ha permitido comprender sus características, fortalezas y debilidades. Esto ha mostrado que los niños y niñas son capaces de recordar los incidentes que han experimentado. Sin embargo, la relación entre la memoria y la edad es compleja, ya que intervienen multitud de factores que pueden incidir en la calidad de la información proporcionada, y en cómo y cuándo el menor revela abuso: las características individuales del niño o niña, el comportamiento del entrevistador, las relaciones familiares, las influencias de la comunidad, y las actitudes sociales y culturales (Newlin et al., 2015). Desde el punto de vista forense, los factores más relevantes son la capacidad del entrevistador para obtener la información, por un lado, y la capacidad y voluntad del niño de expresarla, por otro (Lamb et al., 2007).

La evidencia acumulada y las mejoras en la práctica profesional han ido poniendo de manifiesto las formas más efectivas de realizar entrevistas forenses con los niños y niñas. Así, es posible obtener información útil y precisa de su testimonio, pero ello requiere tanto de un conocimiento contrastado como de una perspectiva realista de sus capacidades, así como de la utilización de procedimientos de investigación y entrevista adecuados (Poole y Lamb, 1998). A menudo, en el ámbito forense, se ha entrevistado y evaluado a los niños y niñas víctimas de abuso sexual mediante técnicas inapropiadas y contraproducentes, lo que puede modificar y contaminar potencialmente el contenido de su testimonio, así como tener un impacto negativo en su bienestar (Lamb et al., 2011).

Además, las entrevistas forenses suponen, en sí mismas, un desafío para los niños y niñas por muchas y muy diversas razones (Steele, 2012). La conversación mantenida durante la entrevista se produce normalmente en un lugar desconocido y con un extraño, se abordan temas y aspectos que pueden resultar incómodos, inquietantes o aterradores, y frente a los cuales el entrevistado puede no poseer la capacidad o el vocabulario adecuado para describir su experiencia emocional y sensorial. El esfuerzo por recuperar y verbalizar esta experiencia a menudo evoca recuerdos angustiosos y experiencias internas muy dolorosas. No en vano, la entrevista forense requiere un tipo de interacción y conversación muy diferente a las situaciones cotidianas de un niño o niña debido al nivel de precisión, detalles y aclaraciones que son necesarias. A todo esto, hay que añadir que la revelación durante la entrevista no es sencilla, puesto que incluso

aquellos niños y niñas que han revelado previamente el abuso en un entorno informal pueden mostrarse reticentes a hacerlo en un entorno formal (Prieve y Svedin, 2008).

#### 4.2. Características de la entrevista forense

La entrevista forense forma parte de un proceso de investigación más amplio, que persigue obtener información cuya única fuente es el niño o niña presunta víctima de abuso. Se trata de un método sensible al desarrollo del menor y que cumple con la legislación española vigente con el objetivo de recopilar información objetiva y relevante en relación con una denuncia o acusación particular. De esta forma, la entrevista forense persigue esclarecer y descubrir los hechos que realmente han tenido lugar, no únicamente recabar aquella información que el entrevistado recuerda. Por tanto, el entrevistador forense investiga los hechos, recopila objetivamente detalles de relevancia legal y documenta las declaraciones del niño o niña; asimismo, lo apoya, pero permanece neutral respecto a la autenticidad de la información proporcionada y no establece una relación que pueda suponer una injerencia en el relato del menor en un contexto de prueba de hipótesis (Rohrbaugh et al., 2011; Saywitz y Camparo, 2009).

Además, en este contexto, comprender las decisiones que llevan a los niños y niñas a revelar el abuso es básico para mejorar el diseño de las estrategias de entrevista e intervención (Malloy et al., 2013), así como para entender por qué esperan a revelarlo y las barreras específicas asociadas que han de superar para lograrlo, lo que en última instancia puede ayudar a explicar en un juicio por qué un menor no ha realizado la revelación con anterioridad y la complejidad que implica todo este proceso (Schaeffer et al., 2011).

Por estas razones, la entrevista forense es fundamental para ayudar a comprender la experiencia de victimización de forma más amplia, así como para identificar la vivencia de múltiples experiencias de victimización en diferentes episodios –polivictimización– (Finkelhor et al., 2007), e identificar a posibles víctimas adicionales o testigos que puedan corroborar los hechos.

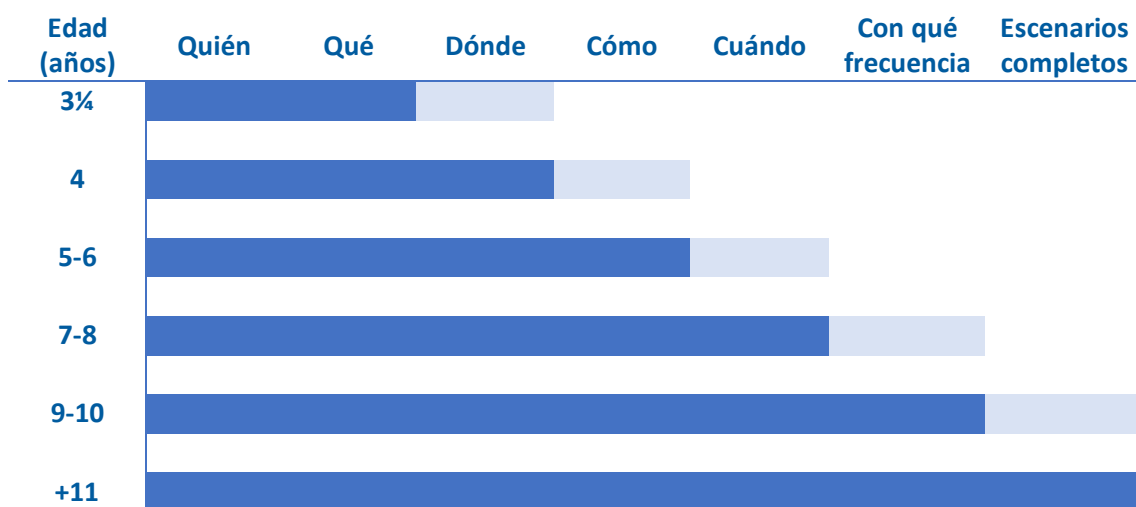
Dentro del proceso de evaluación del menor víctima, se distinguen dos tipos de entrevista:

- Entrevista exploratoria, se realiza a petición de los servicios sociales (o agencia de protección a la infancia correspondiente) y únicamente están presentes los técnicos de servicios sociales. Es una entrevista inicial que permite detectar, en casos de sospecha o duda, la existencia de algún elemento que indique el abuso. La realizan los psicólogos en la Barnahus de Islandia.
- Entrevista investigativa o prueba preconstituida, destinada a la investigación del caso, la que se considera propiamente la entrevista forense. La realiza un psicólogo forense o un oficial de policía, se graba en vídeo y se sigue en tiempo real en una sala adyacente por los profesionales que necesitan escuchar al niño o niña, los cuales pueden diferir en función del país y marco legislativo de referencia. Suelen estar presentes la policía, el fiscal, los servicios sociales, el

representante del niño o niña, el abogado de la Defensa, trabajadores de la Barnahus y, en algunos casos, el juez -como ocurre, por ejemplo, en Islandia-.

A modo de ejemplo, en el modelo islandés se realiza en primer lugar la entrevista exploratoria. Después, si hay indicios suficientes que muestren la posible existencia de abuso sexual, se procede a realizar la entrevista forense. Por su parte, en los casos en los que los indicios o la existencia del abuso sexual están claros, se realiza directamente la entrevista forense. Las entrevistas las realiza un psicólogo de la Agencia de Protección de la Infancia, especializado en entrevista forense.

Como se ha visto, los recuerdos del niño o niña son el aspecto central, sin embargo, en los casos en los que la experiencia descrita no parezca basarse realmente en un suceso que el entrevistado ha experimentado, se contemplan dos posibilidades adicionales: la mentira intencional o el falso recuerdo (Laney y Loftus, 2015). Si los eventos descritos sucedieron, el entrevistador ha de cuestionarse la precisión de la memoria del entrevistado en relación con los eventos acontecidos. Si la mentira es deliberada, se ha de considerar cómo se mantienen dos versiones inconsistentes de los hechos en la memoria, así como su posible origen. Mientras que, si se trata de recuerdos falsos, se debe considerar su origen y mantenimiento.



Azul oscuro: tipo de preguntas que un niño niña PODRÍA responder a una edad específica.  
Azul claro: tipo de preguntas que ALGUNOS niños o niñas podrían responder a una edad específica.

Figura 4.1. Entrevista forense: estimación del tipo de preguntas apropiadas según la edad del menor.

Para asegurar la calidad de la evidencia obtenida, y minimizar la influencia del entrevistador, los estándares de calidad Barnahus establecen los siguientes principios básicos sobre la entrevista forense basada en las buenas prácticas (Haldorsson, 2017):

1. Prácticas y protocolos basados en evidencia.

- √ Las entrevistas forenses se llevan a cabo de acuerdo con la práctica y los protocolos basados en la evidencia, que garantizan la calidad y la cantidad de la evidencia obtenida.

- √ El objetivo principal de la entrevista es evitar la revictimización y obtener la narrativa libre de las niñas y los niños con el mayor detalle posible, al tiempo que se cumplen las reglas de evidencia y los derechos de defensa.

## 2. Personal especializado.

- √ Las entrevistas forenses son realizadas por miembros del personal especializado que reciben formación regular (inicial y continuada) para realizar entrevistas forenses.

## 3. Ubicación y grabación.

- √ Las entrevistas forenses se llevan a cabo en la Barnabus, se graban audiovisualmente para evitar repeticiones por parte de los diferentes profesionales que requieren del acceso a la declaración de las niñas o los niños.

## 4. Presencia multidisciplinaria e interinstitucional.

- √ La entrevista forense es realizada por un único profesional.
- √ Todos los miembros relevantes del equipo multidisciplinario e interinstitucional pueden observar la entrevista forense, en vivo en una habitación contigua o grabada.
- √ Existe un sistema de interacción entre el entrevistador y los observadores para que se puedan plantear preguntas a las niñas y los niños a través del entrevistador.

## 5. Respeto del derecho del acusado a un juicio justo e “igualdad de armas”.

- √ Existen acuerdos que permiten a la defensa plantear preguntas a la víctima/testigo infantil a través de un entrevistador forense.
- √ Si la persona acusada tiene el derecho legal de observar el testimonio de las niñas o los niños, este derecho se materializa mediante transmisión audiovisual para evitar el posible contacto entre el acusado y el niño o la niña.

## 6. Adaptado a las niñas y los niños:

- √ La entrevista se adapta a la edad, al desarrollo y los antecedentes culturales y tiene en cuenta las necesidades especiales, incluida la interpretación. Esto puede incluir minimizar la duración de las entrevistas, permitir descansos y, potencialmente, realizar la entrevista en más de una sesión.
- √ El número de entrevistas se limita al mínimo necesario para la investigación criminal.
- √ Si son necesarias entrevistas múltiples, es el mismo profesional quien conduce la entrevista.

### **4.3. Protocolos de entrevista forense**

La evidencia producida por la investigación cognitiva, social y del desarrollo ha permitido elaborar diversos protocolos que ayudan a los evaluadores forenses a realizar entrevistas adecuadas a las características y nivel de desarrollo de los niños y niñas. La evidencia clínica y forense ha posibilitado detectar las prácticas más adecuadas para

facilitar la revelación de información sensible reduciendo el número de actuaciones y provocando el mínimo impacto en los niños y niñas, ofreciendo orientaciones y recomendaciones y, en general, un conjunto de buenas prácticas que deben guiar la práctica forense. Al igual que la práctica general de la entrevista forense, los protocolos se mantienen en constante evolución de acuerdo con los avances producidos en la investigación y la práctica profesional, incorporando cada vez conocimientos complementarios y velando por el respeto a los derechos de la infancia (Melinder et al., 2020).

En este sentido, la evidencia que deriva de estudios de metanálisis (Lavoie et al., 2021) muestra que el *rapport* positivo, la corriente afectiva que se establece en la interacción entre el entrevistador y el entrevistado, tiene un efecto significativo en la revelación de información sensible por parte de los menores, y que el protocolo de entrevista empleado puede moderar el tamaño del efecto de estos hallazgos. El tipo de preguntas también es un aspecto clave, en general las preguntas abiertas son las más efectivas para obtener respuestas completas de eventos sensibles, además de no sugerir ni sesgar la respuesta del entrevistado, aunque no siempre consiguen facilitar la revelación puesto que, en cierta medida, pueden permitir respuestas evasivas (Lindholm y Cederborg, 2015). En cualquier caso, la mayoría de presuntas víctimas revelan el abuso cuando son entrevistadas, aunque más de 1/3 no lo hacen, siendo los más jóvenes, víctimas de sexo masculino y aquellos sin una revelación previa quienes corren un mayor riesgo de no revelar acusaciones de abuso válidas (Azzopardi et al., 2019).

Adicionalmente, la investigación ha comenzado a identificar aquellos subgrupos o factores que más se benefician de un apoyo adicional (Saywitz et al., 2019): (a) factores del niño niña asociados con la ansiedad, (b) reticencia o falta de interés en colaborar, (c) historial de apego inseguro, (d) mala memoria de trabajo, (e) sensibilidad aguda a estresores ambientales, (f) explicar eventos emocionales mucho tiempo después de que hayan ocurrido.

En suma, los protocolos de entrevista son básicos porque orientan, conducen y delimitan una directrices generales y específicas para la entrevista forense a nivel operativo a presuntas víctimas de abuso sexual infantil, a la vez que cumplen con los requerimientos legales, aumentan la competencia del entrevistador, la confianza del entrevistador/entrevistado y fomentan la coherencia. A su vez, son lo suficientemente flexibles para poder adaptarse a diferentes supuestos y escenarios, de forma que permiten aumentar la cantidad y calidad de la información obtenida, evitando a la vez las interferencias subjetivas del entrevistador o la contaminación del relato.

En la actualidad, existen diversos protocolos de entrevista forense para niñas y niños presuntas víctimas de abuso sexual infantil. Todos los protocolos contienen una serie de pasos, a grandes rasgos similares, pero que se diferencian fundamentalmente en su implementación. El modelo de las entrevistas varía entre diferentes tipos (Faller, 2015): guiones (por ejemplo, Ten Step Investigative Interview, National Institute of Child Health and Human Development –NICHHD–), semiestructuradas (como RATAAC, Poole and Lamb’s Investigative Interview, ChildFirst), y flexibles (por ejemplo, Faller’s Child-Focused Flexible Interview, National Children’s Advocacy Center Forensic Interview

Protocol –NCAC–). Sin embargo, a nivel general todos contienen una fase inicial de construcción del *rapport* positivo, presentación de las pautas o directrices y una descripción narrativa de un evento cotidiano. A continuación, para conocer las particularidades de los protocolos, se abordan los dos principales y cuyo uso está más extendido: NICHHD y NCAC.

#### **4.3.1. Protocolo NICHHD**

El Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (National Institute of Child Health and Human Development, NICHHD) ha desarrollado el protocolo NICHHD.

A nivel de resultados, se ha detectado que, en la mayoría de los estudios, los niños y niñas proporcionan detalles significativamente más relevantes desde la perspectiva forense a los mismos entrevistadores después de que éstos hayan recibido la formación específica para aplicación del protocolo NICHHD (Brown et al., 2013). Este protocolo incluye una versión con guion para entrevistadores sin experiencia y una versión semiestructurada para entrevistadores más experimentados (Faller, 2015).

EL protocolo NCICH se presenta como una guía para la entrevista investigativa o prueba preconstituida, la cual consta de un total de 11 fases, como muestra la siguiente figura:

---

#### **I. INTRODUCCIÓN**

#### **II. ESTABLECIMIENTO DEL *RAPPORT***

#### **III. EJERCICIO DE MEMORIA EPISÓDICA**

Acontecimiento especial; ayer; hoy.

*---Parte sustancial de la entrevista---*

#### **IV. TRANSICIÓN A LA CUESTIÓN PRINCIPAL**

Una vez abordada la cuestión principal pero antes de pasar a la siguiente fase: pausa o receso.

#### **V. INVESTIGANDO LOS INCIDENTES**

Preguntas abiertas; preguntas abiertas focalizadas en la información proporcionado por el menor; separación de los incidentes; explorando los incidentes cuando hubo varias preguntas abiertas; preguntadas focalizadas relacionadas con la información proporcionada por el niño o niña; formato general de las preguntas directas.

#### **VI. INTERVALO.**

#### **VII. OBTENIENDO INFORMACIÓN QUE NO HA SIDO PROPORCIONADA POR EL NIÑO**

#### **VIII. SI EL NIÑO O NIÑA NO PROPORCIONA LA INFORMACIÓN ESPERADA**

#### **IX. INFORMACIÓN SOBRE LAS REVELACIONES**

#### **X. CIERRE**

#### **XI. TEMA NEUTRO**

---

Figura 4.2. Fases del protocolo NICHHD.

Asimismo, este protocolo recoge una serie de instrucciones en diez pasos que ayudan a establecer y dirigir la entrevista investigativa o prueba preconstituida:

---

**1. Instrucción de NO SÉ**

*Si te hago una pregunta y no sabes la respuesta sólo di “No sé.”  
Así que si te pregunto “¿Cómo se llama mi perro?” ¿Qué dices?  
Ok, porque no lo sabes.  
Pero si te pregunto, “¿Tienes un perro?”  
Ok, porque sí lo sabes.*

**2. Instrucción de NO ENTIENDO**

*Si te hago una pregunta y no me entiendes, o no sabes lo que estoy diciendo, me puedes decir, “No te entiendo.” Y te haré la pregunta de otra manera.  
Así que, si te pregunto, “¿Cuál es tu género?” ¿Qué dices?  
Es porque “género” es una palabra difícil.  
Entonces te diría, “¿Eres niño o niña?”*

**3. Instrucción de ESTÁS EQUIVOCADO**

*A veces hago errores o digo algo incorrecto.  
Cuando lo haga tú me puedes decir que estoy equivocado.  
Entonces si digo, “Tú tienes treinta años.” ¿Qué dices?  
Ok, entonces ¿Cuántos años tienes?*

**4. Instrucción de INVESTIGADOR IGNORANTE**

*Yo no sé lo que te ha pasado.  
Yo no podré decirte las respuestas a mis preguntas.*

**5. PROMESA DE DECIR LA VERDAD**

*Es muy importante que me digas la verdad.  
¿Prometes que me vas a decir la verdad?  
¿Me dirás alguna mentira?*

**6. NARRATIVAS DE PRÁCTICA**

**a. Cosas que me gusta hacer/no me gusta hacer**

*Primero me gustaría que me explicaras cosas que TE GUSTA hacer.  
Prosiga con preguntas estilo “CUÉNTAME MÁS.”  
Ej. “Dices que te gusta jugar fútbol. cuéntame más sobre jugar a fútbol.”  
Ahora háblame de cosas que NO TE GUSTA hacer.  
Prosiga con preguntas estilo “CUÉNTAME MÁS.”*

**b. Último cumpleaños**

*Ahora háblame de tu último cumpleaños. Dime todo lo que pasó.  
Prosiga con preguntas estilo “¿QUÉ PASÓ DESPUÉS?”  
Ej. “Dijiste que jugaste en el s. ¿Qué hiciste después?”*



## 7. ACUSACIÓN

(Si el niño revela abuso diríjase directamente al SEGUIMIENTO DE ACUSACIÓN. Determine con ANTELACIÓN qué cuestiones de acusación preguntará.)

### a. Dime por qué vine a hablar contigo.

*O, dime por qué has venido a hablar conmigo.*

*Es muy importante para mí saber por qué has venido a hablar conmigo.*

### b. Escuché que viste

*Ej. "Escuché que viste a un policía la semana pasada. Dime de qué hablasteis."*

### c. Alguien está preocupado/a

*Ej. "¿Está preocupada tu mamá porque te haya pasado algo? Dime por qué está preocupada."*

### d. Alguien te molestó

*Ej. "Escuché que tal vez alguien te molestó. Cuéntame todo sobre eso."*

### e. Algo no estaba bien

*Ej. "Escuché que tal vez alguien te hizo algo que no estuvo bien. Cuéntame todo sobre eso."*

## 8. SEGUIMIENTO DE ACUSACIÓN

Tú dijiste (repita la acusación). Cuéntame todo lo que pasó.

*Ej. "Tu dijiste que el tío Bill te hizo daño en tu pipi. Cuéntame todo lo que pasó."*

## 9. Prosiga con preguntas de estilo ¿Y QUÉ PASÓ DESPUÉS? y DIME MÁS

Evitar preguntas con respuestas de "sí" o "no" y preguntas de elección forzada.

## 10. INCIDENTES MÚLTIPLES

*¿(Repetir la acusación) pasó una vez o más de una vez?*

*Dime todo lo que pasó la vez de la que te acuerdes más...*

*Dime todo lo que pasó la primera vez...*

*Dime todo lo que pasó la última vez...*

*¿Hubo alguna otra vez?...*

---

Figura 4.3. Instrucciones del protocolo NICHHD.

### 4.3.2. Protocolo NCAC

Al igual que el NICHHD, el Centro Nacional de Defensa de la Infancia (The National Children's Advocacy Center, NCAC) presenta un modelo semiestructurado de entrevista forense que puede adaptarse a niños y niñas de diferente edad y contextos culturales.

El NCAC se divide en 2 grandes fases con una serie de directrices y una estructura flexible:

## **ETAPA 1: RAPPORT**

### ❖ **Presentaciones**

- Presentarse a uno mismo/rol.
- Explicación del proceso, adecuada a la edad.
- Responder preguntas/abordar inquietudes.

### ❖ **Compromiso temprano**

- Permitir que el niño se sienta cómodo.
- Involucrar al niño niña en una conversación sobre temas que le resulten interesantes.
- Aprender sobre los intereses del niño / la vida cotidiana.

### ❖ **Instrucciones para la entrevista**

- Explicar instrucciones/reglas básicas/expectativas:
  - Corrígeme.
  - No sé/No adivino.
  - No entiendo.
  - Verdadero/Real.

### ❖ **Práctica narrativa (entrenamiento de la memoria episódica)**

- Seleccionar tema(s) de interés:
  - Discusión en profundidad de 1 a 2 eventos separados no abusivos
- Invitar al niño o niña a "contarme todo sobre ...".
  - Establecer una línea de base modelando la narrativa episódica.
  - Enseñar al niño sobre la necesidad de los detalles forenses.
  - Escuchar sin interrupciones.
  - Seguir con respuestas que fomenten una mayor narrativa.

### ❖ **Familia**

- "Dime todos los que viven contigo".

Puede documentarse mediante listas de nombres o dibujos (si es apropiado para el desarrollo).

## **ETAPA 2: FASE SUSTANTIVA**

### ❖ **Transición**

- Pregunta(s) que invitan al niño niña a discutir cuestiones de fondo.
- Empezar de forma general y enfocar progresivamente (enfoque de "embudo").
  - "¿Por qué estás aquí hoy?"
  - "¿Qué te dijo tu mamá / papá sobre venir aquí hoy?"
  - "¿Ha sucedido algo de lo que necesitamos hablar?"
- Se pueden usar indicaciones más directas, si es necesario.

### ❖ **Descripción narrativa**

- Obtener una narrativa utilizando indicaciones para recordar.
- Solicitar una explicación o descripción adicional.
- Evitar apresurarse a responder preguntas específicas.

#### ❖ **Preguntas de seguimiento**

- Preguntas que obtienen más detalles.
- Mantener las preguntas lo más abiertas posible.
- Uso cauteloso de indicaciones que aluden a la memoria de reconocimiento.

#### ❖ **Aclaración**

- Preguntas que buscan aclarar términos o declaraciones anteriores.
- Considerar el estilo lingüístico y la capacidad de desarrollo.
- Algunas herramientas y técnicas pueden ser útiles, como elemento adicional, con algunos niños.

#### ❖ **Cierre**

- Volver a la conversación cotidiana o al tema neutral iniciado durante el *rapport*.
- Responder a preguntas o inquietudes.
- Agradecer al niño su participación, el tiempo y el esfuerzo (no el contenido).

### **4.4. Conclusiones**

Para asegurar la calidad de la evidencia obtenida y minimizar la influencia del entrevistador, los estándares de calidad Barnabus establecen los siguientes principios básicos sobre la entrevista forense (Haldorsson, 2017):

- Las entrevistas forenses son realizadas por miembros especialistas del equipo.
- Las entrevistas forenses se llevan a cabo de acuerdo con prácticas y protocolos basados en la evidencia.
- Las entrevistas forenses se adaptan a las características y los antecedentes específicos del niño niña (como su edad, desarrollo, antecedentes culturales y posibles necesidades especiales).

A la hora de realizar la entrevista forense esto incluye la capacitación de los entrevistadores y la aplicación de protocolos de entrevista, ya que ofrecen una serie de directrices respaldadas por la evidencia empírica y la práctica forense y comunitaria, las cuales contribuyen a aumentar la cantidad y calidad de la información obtenida reduciendo la injerencia la del entrevistador y el posible daño derivado del proceso de entrevista. En la práctica de la entrevista, la construcción del *rapport* positivo y las preguntas abiertas son los elementos centrales que facilitan todo el proceso, así como la obtención de la información sensible y la revelación de la experiencia de abuso.

### **4.5. Referencias**

Azzopardi, C., Eirich, R., Rash, C. L., MacDonald, S., & Madigan, S. (2019). A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings. *Child Abuse & Neglect*, *93*, 291–304.

Faller, K. C. (2015). Forty years of forensic interviewing of children suspected of sexual abuse, 1974–2014: Historical benchmarks. *Social Sciences*, *4*(1), 34–65.

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 7–26.
- Haldorsson, O. L. (2017). *Barnabus quality standards. guidance for multidisciplinary and interagency response to child victims and witnesses of violence.* <https://www.barnabus.eu/s/wp-content/uploads/2020/02/PROMISE-Barnabus-Quality-Standards.pdf>
- Lamb, M. E., La Rooy, D. J., Malloy, L. C., & Katz, C. (Eds.). (2011). *Children's testimony: A handbook of psychological research and forensic practice.* John Wiley & Sons.
- Lamb, M. E., Orbach, Y., Hershkowitz, I., Esplin, P. W., & Horowitz, D. (2007). A structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children: A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse & Neglect, 31*(11–12), 1201–1231.
- Laney, C., & Loftus, E. (2015). History of Forensic Interviewing. In W. O'Donohue & M. Fanetti (Eds.), *Forensic interviews regarding child sexual abuse: A guide to evidence-based practice* (pp. 1–17). Springer.
- Lavoie, J., Wyman, J., Crossman, A. M., & Talwar, V. Meta-analysis of the effects of two interviewing practices on children's disclosures of sensitive information: Rapport practices and question type. *Child Abuse & Neglect, 113*, 104930. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104930>
- Lindholm, J., Cederborg, A. C., & Alm, C. (2015). Adolescent girls exploited in the sex trade: Informativeness and evasiveness in investigative interviews. *Police Practice and Research, 16*(3), 197–210.
- Malloy, L. C., Brubacher, S. P., & Lamb, M. E. (2013). "Because She's One Who Listens": Children Discuss Disclosure Recipients in Forensic Interviews. *Child Maltreatment, 18*(4), 245–251.
- Melinder, A., Magnusson, M., & Gilstrap, L. L. (2020). What is a child-appropriate interview? Interaction between child witnesses and police officers. *International Journal on Child Maltreatment: Research, Policy and Practice, 1*–24. <https://doi.org/10.1007/s42448-020-00052-8>
- Newlin, C., Steele, L. C., Chamberlin, A., Anderson, J., Kenniston, J., Russell, A., & Vaughan-Eden, V. (2015). *Child forensic interviewing: Best practices.* US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Poole, D. A., & Lamb, M. E. (1998). *Investigative interviews of children: A guide for helping professionals.* American Psychological Association.

- Priebe, G., & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1095–1108.
- Rohrbaugh, M., London, K., & Hall, A. K. (2015). Planning the Forensic Interview. In W. O'Donohue & M. Fanetti (Eds.), *Forensic interviews regarding child sexual abuse: A guide to evidence-based practice* (pp. 197–218). Springer.
- Saywitz, K. J., & Camparo, L. B. (2009). *Contemporary child forensic interviewing: Evolving consensus and innovation over 25 years*. In B. L. Bottoms, C. J. Najdowski, & G. S. Goodman (Eds.), *Children as victims, witnesses, and offenders: Psychological science and the law* (pp. 102–127). Guilford Press.
- Saywitz, K. J., Wells, C. R., Larson, R. P., & Hobbs, S. D. (2019). Effects of interviewer support on children's memory and suggestibility: Systematic review and meta-analyses of experimental research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 22–39.
- Schaeffer, P., Leventhal, J. M., & Asnes, A. G. (2011). Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. *Child Abuse & Neglect*, 35(5), 343–352.
- Steele, L. C. (2012). The forensic interview: A challenging conversation. In P. Goodyear-Brown (Ed.), *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* (pp. 99–119). Wiley.

## 5. Evaluación médica forense

*Noemí Pereda y Violeta Vallejo*

El pediatra Henry Kempe, en 1978, fue el primero en alertar sobre el abuso sexual infantil como un problema de salud que requería de intervención profesional. Así, a principios de los años 80 se empezaron a realizar las primeras evaluaciones médicas a niños y niñas posibles víctimas de abuso sexual. Actualmente, son diversas las guías y protocolos que se han publicado para establecer los pasos a seguir en estos casos, que todo profesional del ámbito médico debe conocer (por ejemplo, Adams et al., 2007).

Según la American Academy of Pediatrics (Jenny et al., 2013) la evaluación de un caso del que se sospecha un posible abuso sexual debe incluir siempre (a) un análisis de la historia clínica, que incluya información física, emocional y social del niño o niña y su desarrollo; (b) llevarse a cabo un examen físico, principalmente de la zona anogenital; y (c) valorar obtener muestras para pruebas de laboratorio. Si se sospecha que la conducta sexual tuvo lugar menos de 72 horas antes de la exploración, también se deberán recoger pruebas forenses que puedan estar presentes en el cuerpo del niño o niña, su ropa u otros materiales (Committee on Child Abuse & Neglect, 1999). La integración de estos resultados es lo que permitirá una aproximación diagnóstica, si bien la evaluación del abuso sexual infantil requiere, en todo caso, de un informe interdisciplinar (Pereda y Abad, 2013).

Así, expertos en este tema advierten a los propios profesionales médicos y al resto de componentes de los equipos interdisciplinares que los hallazgos médicos raramente son la parte más importante de la exploración del niño o niña posible víctima de abuso sexual (Adams, 1994; Adams, 2011).

Una buena guía sobre cómo interpretar los hallazgos médicos y de laboratorio es la publicada por Adams et al. (2016), cuya última versión actualizada corresponde a Adams et al. (2018). En estos documentos la experta y sus colaboradores alertan, una vez más, de las limitaciones del examen médico y reiteran que la parte más importante del mismo es la historia clínica, dado que en la mayor parte de los casos los hallazgos médicos serán no concluyentes o no apreciables en la evaluación que se lleve a cabo. En palabras de Alexander (2011), el órgano más importante a evaluar en la exploración médica del abuso sexual infantil es el cerebro, no los genitales. Otros autores han advertido que es fundamental llevar a cabo una buena entrevista con el niño o niña antes de la exploración médica y sostienen que, en muchos casos, la penetración puede o no ser reportada en función de las preguntas que se hagan al menor y de su capacidad de comprenderlas, lo que, a su vez, puede influir en el examen médico que se realice (Gallion et al., 2016). Con relación a reportar una penetración, el mismo autor plantea que la niña puede entender la penetración como penetración de los labios (que correspondería a una penetración genital sin penetración vaginal), siendo menos probable aún el hallazgo de lesiones.

Cabe añadir que, tras la exploración, el profesional de la salud debe ofrecer feedback sobre los procedimientos realizados, pautar un seguimiento médico y ofrecer seguridad respecto al estado físico del niño o niña a éste y a su familia (Kellogg y the Committee on Child Abuse and Neglect, 2005).

### 5.1. Examen físico

El examen físico, especialmente el genital, puede generar estrés en los niños, niñas y sus familiares. Sin embargo, la mayoría de niños y niñas víctimas de abuso sexual no presentan un nivel de ansiedad elevado ante la exploración médica anogenital (Hornor et al., 2009), especialmente si se avanza al menor lo que va a ocurrir y se le informa de los procedimientos acorde a su edad y capacidad de comprensión (Kellogg et al 2005; Jenny et al 2013), se le involucra en el examen y se le permite tomar decisiones, como parar la exploración en el momento que ésta le genere demasiado malestar (Lawson, 1990). Así mismo, en algunos casos la revisión física puede tener un efecto terapéutico y tranquilizador (Giardino et al 2005) y se debe explicar el resultado de esta. En un estudio prospectivo con víctimas de abuso sexual infantil y sus padres, se encontró que los niños y niñas presentaban un nivel de ansiedad muy inferior al que mostraban sus padres ante el examen médico y también inferior al que éstos anticipaban que iba a experimentar su hijo o hija (Marks et al., 2009). Existe incluso un instrumento de evaluación del malestar que puede causar el examen médico, la Genital Examination Distress Scale, que puede aplicarse si se desea obtener una medida objetiva del posible daño causado al niño o niña durante la exploración (Gully et al., 1999).

Además, para que el examen físico sea lo menos estresante posible, es importante que el espacio sea agradable, permitir al niño, niña o adolescente tener a su madre o padre cerca si así lo desean, así como respetar si no lo desean (Newton et al., 2010).

En la línea de facilitar el momento de la revisión física, recientemente, se ha empezado a analizar la importancia de la figura del payaso médico en exámenes invasivos con niños y niñas. Según los estudios, el payaso médico ayuda al menor a conceptualizar la realidad de la evaluación desde una perspectiva más positiva, potencia la alianza terapéutica entre el niño o niña y el equipo médico, y retorna al menor un cierto sentimiento de empoderamiento (Ofir et al., 2016). Específicamente en la evaluación del abuso sexual infantil, se ha observado que esta figura reduce la ansiedad y el miedo que el niño o niña pueda tener, su nivel de dolor y pensamientos intrusivos, así como permite crear una atmósfera serena y calmada que incrementa la cooperación del menor durante el examen (Tener et al., 2010; 2012).

En cuanto a los objetivos del examen médico en el contexto que estamos tratando, son: (a) identificar evidencia médica que aporte información al proceso judicial, (b) evaluar lesiones y otras condiciones médicas que requieran de un tratamiento, y (c) confirmar a la víctima y a sus padres o cuidadores principales que el niño o niña presenta un estado físico adecuado (Walsh et al., 2007).

El examen anogenital debe realizarse siempre en el contexto de un examen físico general, dado que los niños y niñas víctimas de abuso sexual pueden haber sido víctimas, a su vez, de otras formas de violencia que también deben valorarse (Kellogg et al., 2005).



En el examen físico se debe confirmar o descartar la existencia de heridas y/o lesiones, especialmente si el niño o niña reporta dolor genital o anal o hemorragia. Si el menor reporta disuria, o dificultad o dolor en la evacuación de la orina, se le deberá hacer un análisis de orina.

En muchos casos, el examen de los genitales y el ano no requiere de instrumentos, sino sencillamente de la exploración manual (Newton et al., 2010; Jenny et al. 2013). El uso de espéculo está contraindicado en niñas prepuberales y si se sospecha que hay traumatismo intravaginal, se debe llevar a cabo una vaginoscopia con la niña bajo sedación o anestesia (Adams et al., 2018; Jenny et al., 2013), sea prepuberal o postpuberal. En caso de adolescentes, puede ser necesario el uso de un espéculo vaginal, especialmente si se sospecha que ha habido penetración, aunque hay que tener en cuenta que puede ocasionar dolor o muchas adolescentes pueden no tolerarlo (Newton et al. 2010). En el caso de los varones, el examen de los genitales consiste en una inspección visual del pene y el escroto, anotando la existencia de traumatismos, marcas y cicatrices o cualquier otra anomalía. El examen del ano también suele ser externo y no es necesario llevar a cabo anoscopia o exámenes rectales digitales (Adams et al. 2018; Jenny et al., 2013).

Los hallazgos médicos en la valoración de un abuso sexual infantil pueden ser muy variados, desde variantes de la normalidad a signos sugestivos de abuso sexual, pasando por detección de otras patologías que pueden precisar de un tratamiento y/o seguimiento posterior. En la Figura 5.1. se clasifican según el peso que tienen estos hallazgos en relación con el abuso sexual (Adams et al., 2016).

<b>HALLAZGOS FÍSICOS</b>
<b>Hallazgos no relacionados con la revelación de un abuso sexual infantil. Variantes de la normalidad</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En relación con el aspecto del himen               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anular: himen presente en toda la circunferencia</li> <li>• Himen creciente: parte del himen está ausente por encima de la localización de las 3 y las 9h</li> <li>• Himen imperforado</li> <li>• Himen microperforado</li> <li>• Himen tabicado</li> <li>• Himen redundante: tejido himeneal que se repliega</li> <li>• Himen con colgajo en el borde</li> <li>• Himen con montículos o baches en cualquier localización</li> <li>• Himen con cualquier muesca o hendidura localizados por encima de las 3 y las 9h, independientemente de la profundidad</li> <li>• Muesca o hendidura en el himen, localizadas a las 3 o las 9h o por debajo que no se extiende hasta la base del himen</li> <li>• Borde posterior del himen liso que da la sensación de estar adelgazado a lo largo de todo el borde. Puede parecer una apertura vaginal grande</li> </ul> </li> <li>- Bandas periuretrales o vestibulares</li> <li>- Crestas o columnas intravaginales</li> <li>- Cresta externa en el himen</li> <li>- Diastasis ani (área lisa)</li> <li>- Colgajos perianales</li> <li>- Hiperpigmentación de labios menores o área perianal en niños de piel racialmente oscura</li> <li>- Dilatación de la apertura uretral</li> <li>- Características normales de la línea media               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ranura en la fosa (inicio de la adolescencia)</li> </ul> </li> </ul>



- Fallo de fusión de la línea media (ranura perineal)
- Rafe medio (confundido con cicatrices)
- Línea vestibular (área avascular en línea media)
- Visualización de la línea dentada/pectinada en la unión de la mucosa anodérmica y mucosa rectal, que se observa cuando el ano está completamente dilatado
- Dilatación parcial del esfínter anal externo, con el esfínter anal interno cerrado, visualizando mucosa anal más allá de la línea pectinada, que se puede confundir como una laceración

Hallazgos habitualmente producidos por una causa médica diferente al traumatismo y al abuso sexual. Requieren diagnóstico diferencial, pueden ser debidos a varias causas

- Eritema anal o genital
- Incremento de la vascularidad del vestíbulo y el himen
- Fusión labial
- Friabilidad de la horquilla posterior
- Flujo vaginal no relacionado con infección de transmisión sexual
- Fisuras anales
- Congestión venosa en área perianal
- Dilatación anal en niños con predisposición (síntomatología actual o historia de estreñimiento u encopresis; niños sedados bajo anestesia o alteración en el tono neuromuscular)

Hallazgos debidos a otras situaciones médicas que se pueden confundir con el abuso sexual

- Prolapso uretral
- Liqueen escleroso y atrófico
- Úlcera vulvar, como úlceras aftosas o las que se observan en enfermedad de Behcet
- Eritema, inflamación, fisuras perianales o del tejido vulvar debido a infecciones por bacterias, hongos, virus, parásitos u otras infecciones no transmitidas sexualmente
- Prolapso rectal
- Coloración rojiza/violácea de las estructuras genitales (incluido el himen) por lividez postmortem, si se confirma histológicamente

Hallazgos que algunos estudios han asociado con el abuso sexual infantil, pero actualmente no hay consenso entre los expertos del grado de su importancia relacionada con el abuso sexual

- Dilatación anal completa con relajación del esfínter anal interno y externo sin otros factores predisponentes
- Muesca o hendidura en el borde himeneal localizada a las 3h o a las 9h o por debajo de estas localizaciones, que se extienden hasta casi la base del himen, pero no se trata de una sección completa
- Hendidura completa o sospecha de sección completa hasta la base del himen localizadas a las 3h o a las 9h

Las dos últimas requieren de la valoración en otras posiciones/técnicas para diferenciar si se puede tratar de variantes de la normalidad (anteriormente descritas) o el hallazgo de una lesión traumática residual.

Hallazgos producidos por un traumatismo. Hallazgos altamente sugestivos de abuso sexual incluso sin revelación, a menos que haya un mecanismo claro de la lesión o intervenciones quirúrgicas (comprobadas) en el pasado

Los hallazgos que puedan ser lesiones residuales o curadas tienen que ser confirmadas con otras técnicas o posiciones de exploración

- Traumatismo genital o anal agudo
  - Laceración aguda/hematoma de labios, pene, escroto, periné
  - Laceración aguda de la horquilla posterior o vestíbulo, sin incluir himen
  - Hematoma, petequias, abrasión en el himen
  - Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad, parcial o completa
  - Laceración vaginal
  - Laceración perianal con exposición de tejidos por debajo de la dermis
- Lesiones residuales (en curación) de genitales o tejido anal
  - Cicatriz perianal (lesión muy rara, difícil de diagnosticar a menos que previamente estuviera documentada una lesión aguda en la misma localización)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cicatriz en horquilla posterior o en la fosa (lesión muy rara, difícil de diagnosticar a menos que previamente estuviera documentada una lesión aguda en la misma localización)</li> <li>• Sección/hendidura himeneal completa curada</li> <li>• Signos de mutilación genital femenina</li> </ul>
<b>INFECCIONES</b>
<b>Infecciones no relacionadas con el contacto sexual</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaginitis causada por infecciones por hongos, como <i>Candida albicans</i>, infecciones bacterianas no transmitidas por contacto sexual (<i>Streptococcus</i> tipo A o B, <i>Staphylococcus</i> spp., <i>E.coli</i>, <i>Shigella</i>, otros gram negativos.</li> <li>- Úlceras genitales causadas por virus de E.barr o otros virus respiratorios</li> </ul>
<b>Infecciones que se pueden contagiar por contacto sexual o no sexual. En algunos casos se deberá comunicar a servicios de protección de infancia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Molluscum</i> contagioso en área genital o anal. En adolescentes se ha descrito transmisión por contacto íntimo</li> <li>- Condiloma acuminado (VPH) en área genital o anal. Las verrugas aparecidas más allá de los 5 años es más probable que sean por contacto sexual</li> <li>- Infecciones orales, genitales, anales por VHS tipo 1 o tipo 2</li> </ul>
<b>Infecciones causadas por contacto sexual si se confirman con las pruebas adecuadas y se descarta transmisión perinatal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infección genital, rectal o faríngea por <i>N.gonorrhoeae</i></li> <li>- Sífilis</li> <li>- Infección genital o rectal por <i>C.trachomatis</i></li> <li>- Infección por <i>Trichomonas vaginalis</i></li> <li>- VIH, si la transmisión por sangre o agujas se ha descartado</li> </ul>
<b>HALLAZGOS DIAGNÓSTICOS DE CONTACTO SEXUAL</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo</li> <li>- Identificación de semen en muestras forenses extraídas directamente del cuerpo del niño</li> </ul>

Figura 5.1. Clasificación de los hallazgos médicos en la valoración del abuso sexual infantil (Adams et al 2018).

Siempre debe recordarse que un resultado normal en el examen de los genitales y el ano ni confirma ni desmiente que se haya producido un abuso sexual. Muchos de los niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual presentarán resultados normales o no específicos. Muchas de las conductas sexuales llevadas a cabo durante el abuso sexual no dejan evidencia física y las lesiones en mucosas se curan rápida y completamente (Kellogg y the Committee on Child Abuse and Neglect, 2005).

Así, en un estudio sobre este tema, más del 90% de las niñas de entre 3 y 8 años que describieron haber sido víctimas de penetración vaginal, con pene o dedo, no presentaron signos de lesión genital (Berenson et al., 2000).

Un estudio prospectivo en el que se evaluó a 2.384 niños y niñas víctimas de abuso sexual demostró que sólo el 4% presentaron resultados anormales en el examen médico. En los casos de abusos sexuales graves, incluyendo penetración anal o vaginal, este porcentaje ascendió hasta el 5,5% demostrando que el relato del niño obtenido mediante la entrevista es la prueba más importante que considerar (Heger et al., 2002).

Otro estudio, de Gallion et al. 2016, con el objetivo de determinar la prevalencia de lesiones genitales en el abuso sexual infantil, evaluó a 1500 niñas menores de 18 años

con sospecha de abuso sexual. Este estudio mostró que cuando la exploración física se realizaba de manera aguda (en las primeras 72 horas después del abuso sexual), se hallaban lesiones en un 21,4% de las niñas (73 de 340). En cambio, cuando la exploración física se realizaba más allá de las 72 horas, se hallaban lesiones únicamente en el 2,2% (en 26 de 1160 niñas).

Incluso estudios llevados a cabo con muestras de niños, niñas y adolescentes con sospecha de abuso sexual atendidos de forma urgente (en las primeras 72 horas tras el abuso sexual) indican que, en la mayor parte de los casos, los hallazgos físicos son normales o no específicos (Palusci et al., 2006). Más llamativo aun, en un estudio donde se realizó una exploración genital en adolescentes gestantes, se detectó que únicamente un 5,5% (2/36 adolescentes gestantes) tenían hallazgos definitorios de penetración en la exploración genital (Kellogg et al., 2004). Otro estudio realizado por Adams et al. (2004) indican que un 52% de los adolescentes que refieren actividad sexual con penetración vaginal no presentan signos físicos sugestivos de ello.

Aun así, a pesar de la poca probabilidad de encontrar pruebas físicas de un abuso sexual, hay que tener en cuenta que encontrarlas tiene una gran relevancia en las posteriores implicaciones judiciales del caso. Un estudio de Palusci et al. (1999) revela que, de una muestra de 497 niños y niñas con sospecha de abuso sexual, aquellos casos en los que se hallaron pruebas físicas tuvieron 2,5 más probabilidades de que el agresor fuera considerado culpable.

La importancia de poder documentar el examen médico mediante fotografías o su grabación en vídeo también es un aspecto para tener en cuenta. La grabación en vídeo tiene la ventaja de permitir documentar secciones del examen médico de forma dinámica y es el método que, actualmente, se considera preferente (Adams et al., 2018). Si bien algunos clínicos aun prefieren las fotografías cuando solicitan una segunda opinión respecto a resultados genitales o anales anormales, se recomienda el uso del vídeo siempre que sea posible y, si no existe esta opción, disponer de múltiples imágenes tomadas desde diferentes perspectivas y con diferentes métodos. Para la obtención de estas imágenes puede sujetarse la cámara en el colposcopio, para evitar que el profesional médico deba sujetarla ante el niño o niña y, especialmente en casos de pornografía infantil, protegerle de revivir situaciones de abuso experimentadas (Giardino y Finkel, 2005).

## **5.2. Pruebas de laboratorio**

Respecto a la existencia de posibles infecciones de transmisión sexual (ITS), éstas no son frecuentes en niños y niñas prepuberales con sospecha de abuso sexual así que no se recomienda hacer cultivos de las diferentes zonas (boca, genitales, ano) para todos los microorganismos si el niño o niña se encuentra asintomático y no explica contacto sexual en estas zonas. La presencia de ITS es rara, afectando a un 1-4% de los niños y niñas, pero, en ocasiones, es la única evidencia médica de abuso sexual (Herrmann et al., 2014). Aun así, algunos estudios (Kellogg et al., 2018) pudieron detectar ITS en pacientes asintomáticos valorados por sospecha de abuso sexual. Así mismo, detectaron *C.trachomatis* o *N.gonorrhoeae* en zonas del cuerpo de las que no habían relatado ningún contacto con el agresor (genital, anal u oral), planteando la posibilidad de

extensión de la infección proximidad, contacto sexual, presencia de secreciones del agresor, autoinoculación o falta de relato del niño.

Siguiendo las directrices de la American Academy of Pediatrics (Jenny et al., 2013), se recomienda hacer cultivos para posible ITS en niños y niñas en las circunstancias que muestra la Figura 5.2. En adolescentes, por su parte, sí debe examinarse la posible existencia de ITS.

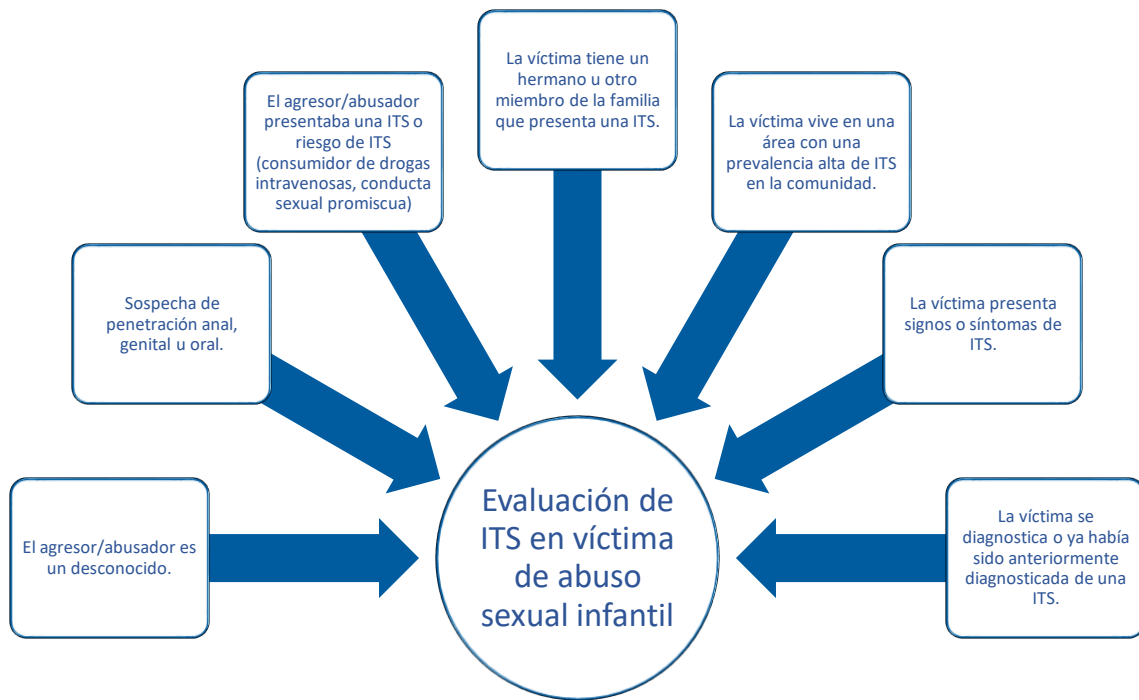


Figura 5.2. Variables para tener en cuenta ante la posible evaluación de ITS en un menor víctima de abuso sexual.

Cuando está indicada la recogida de muestras para diagnosticar o descartar ITS, es necesario obtener una muestra sanguínea para valorar las serologías de VIH, VHB, VHC, *T.pallidum* y *C.trachomatis*. Además, para esta última y para *N.gonorrhoeae* se realizan estudios microbiológicos directos y las recomendaciones han ido cambiando en los últimos años por los avances en la ciencia. Si bien desde un punto de vista forense se prefiere el diagnóstico a través del cultivo, existen varios estudios en los que la detección de estos gérmenes mediante pruebas de PCR, en muestras vaginales y orina, es superior que mediante el cultivo de muestra vaginal (Adams et al., 2018; Jenny et al., 2013; Kellogg et al., 2018).

Respecto a las ITS, infecciones anales y genitales por *N.gonorrhoeae* son raramente adquiridas perinatalmente y, a excepción del período de recién nacido, se consideran probablemente causadas por abuso sexual (Whaitiri y Kelly, 2011). También las infecciones por *Chlamydia trachomatis* en niños y niñas mayores de 3 años (Bell et al., 1992). La infección por *Trichomonas vaginalis* también debe alertar de un posible abuso (Hammerschlag et al., 1978). La infección por VIH en niños y niñas que no han estado

expuestos al virus perinatalmente, a través de la sangre, o por agujas hipodérmicas, también es muy probable que se deba a un abuso sexual (Lindegren et al., 1998). Ante una infección por cualquier de estos gérmenes se debe realizar una valoración por sospecha de abuso sexual. Aun así, según Jenny & Committee on Child Abuse and Neglect de la American Academy of Pediatrics (2013), en pocas ocasiones se diagnostica un abuso sexual únicamente por una infección de transmisión sexual sin otros hallazgos compatibles.

Por su parte, el virus del herpes simple y las verrugas genitales o condilomas acuminados, causadas por la infección del virus del papiloma humano (VPH), pueden transmitirse sexualmente a los niños y niñas, pero no son prueba diagnóstica por sí mismas (Hammerschlag y Guillén, 2010).

Por último, la detección de semen en zona anogenital o boca y el embarazo sí son confirmatorios de contacto sexual (Adams et al., 2018), por lo que, ante la ausencia de relación sexual consentida, son diagnósticos de abuso sexual infantil.

### **5.3. Actitud ante el riesgo de ITS y embarazo**

Ante un abuso sexual con penetración o contacto de mucosas existe riesgo de infección de transmisión sexual y además de realizar estudios de laboratorio, se deberá valorar el inicio de tratamiento para *N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *T.vaginalis*, a la espera del resultado de las pruebas. Si han pasado menos de 72 horas del contacto está indicado iniciar tratamiento profiláctico para VIH, y valorar la administración de gammaglobulina hiperinmune (anti VHB) y/o vacuna VHB, asegurando un seguimiento por un infectólogo especialista en VIH durante la siguiente semana. Posteriormente, se deberá realizar el seguimiento clínico y analítico de las infecciones hasta pasado el periodo ventana para su diagnóstico, incluyendo VIH, VHB, VHC, *T.pallidum*, *C.trachomatis* (Centers for Disease Control and Prevention, 2015; Crawford-Jakubiak et al., 2017), asegurando haber completado la pauta de vacunación para VHB y VPH (virus del papiloma humano).

Por otro lado, ante un abuso sexual con penetración o contacto genital con el eyaculado está indicada la prescripción de la contracepción de emergencia hasta las 120 horas tras el contacto sexual. Antes, se debe descartar la existencia de un embarazo previo, por lo que es necesario realizar una prueba de embarazo basal. A las dos o tres semanas del contacto sexual, se puede realizar una segunda prueba de embarazo para descartarlo definitivamente, independientemente de si la niña o adolescente se ha tomado la contracepción de emergencia y de si se ha producido la menstruación o no (Crawford-Jakubiak et al., 2017). Por otro lado, se puede realizar test de embarazo si existen dudas o preocupaciones de embarazo por parte de la adolescente valorada.

### **5.4. Formación y entrenamiento**

La formación y el entrenamiento son fundamentales en la correcta evaluación médica del abuso sexual infantil. Los estudios indican que la realización de un mayor número de exámenes médicos mejora la interpretación de los hallazgos físicos y que los profesionales con más experiencia y conocimiento presentan una toma de decisiones más consistente y de mayor calidad.

Según Adams et al. (2012) se requieren un mínimo de cinco exámenes al mes para tener competencia suficiente en la interpretación de las pruebas médicas y los resultados de laboratorio en casos de abuso sexual infantil. Por su parte, autores como Alexander (2011) advierten que el profesional de la salud debe ‘desaprender’ todos los mitos y falsas creencias que existen sobre la evaluación médica del abuso sexual infantil, respecto a las señales y lesiones o ausencia de estas que pueden encontrarse en estas exploraciones, antes de poder formarse adecuadamente en este ámbito.

Son diversos los estudios en los que se ha encuestado a profesionales del ámbito médico sobre sus conocimientos respecto a indicadores y signos físicos de abuso sexual infantil y que demuestran las dificultades que presentan para identificar y nombrar correctamente estructuras genitales básicas en fotografías de niños y niñas prepúberes (Hornor y McCleery, 2000; Ladson et al., 1987; Lentsch y Johnson, 2000). Es lógico pensar que, si estos profesionales no pueden identificar correctamente estructuras normales, les será más difícil detectar cuándo estas no son normales o presentan lesiones.

Un estudio llevado a cabo con especialistas en pediatría muestra que un importante grupo de éstos considera que su formación en abuso sexual infantil es insuficiente para la práctica clínica y que, aproximadamente, un 30% de ellos no identifican adecuadamente estructuras genitales femeninas básicas en fotografías (Dubow et al., 2005). Resultados similares se han obtenido con este colectivo profesional respecto a sus conocimientos de los genitales masculinos (Donaruma-Kwoh et al., 2010).

A su vez, muchos profesionales temen victimizar nuevamente al niño o niña mediante la exploración médica. Sin embargo, como previamente se ha expuesto, los estudios indican que cuando se siguen las guías publicadas al respecto, el examen médico es terapéutico y no revictimizante (Giardino y Finkel, 2005). El examen médico puede suponer restaurar en el niño o niña la imagen de su cuerpo y pasar de un estado patológico a un estado de normalidad e integración (Herrmann et al., 2014).

## **5.5. Conclusiones**

En síntesis, tras más de cuatro décadas desde que Kempe (1978) describiera el abuso sexual infantil como un problema pediátrico oculto, éste sigue siendo difícil de diagnosticar por los profesionales del ámbito médico. La exploración que conducirá al diagnóstico sólo puede ser interdisciplinar y las pruebas y exámenes médicos difícilmente serán decisivos para confirmar o refutar ese diagnóstico.

Sin embargo, sigue existiendo un gran desconocimiento en muchos profesionales encargados de esta evaluación (PROMISE, 2020). Así, los factores que impiden que el diagnóstico de abuso sexual infantil sea una tarea sencilla son los que se muestran en la Figura 5.3. y sólo pueden superarse con una buena formación y un entrenamiento continuado, que permita al profesional de la salud conocer el procedimiento a seguir y, sobre todo, sus limitaciones.

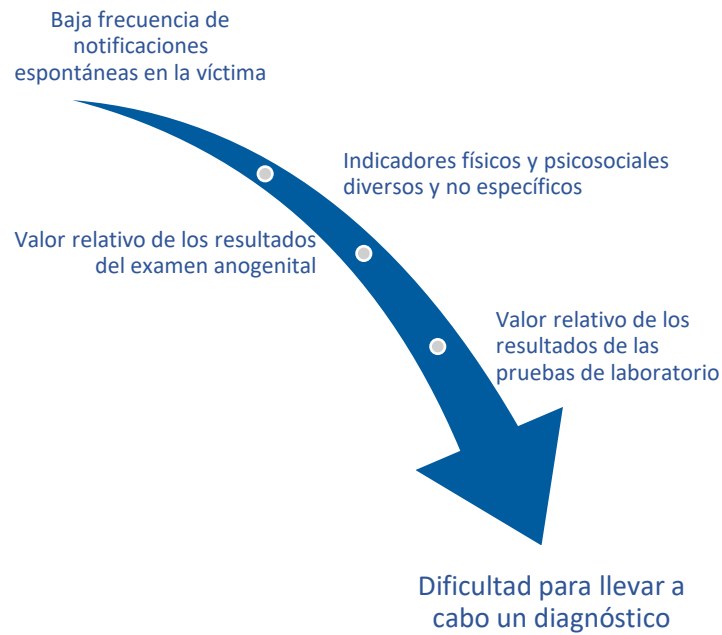


Figura 5.3. Factores que dificultan el diagnóstico de abuso sexual infantil (Vrolijk-Bosschaart et al., 2018).

## 5.6. Referencias

- Adams, J. A. (2011) Medical evaluation of suspected child sexual abuse: 2011 Update. *Journal of Child Sexual Abuse, 20*(5), 588–605.
- Adams, J. A., Farst, K. J., & Kellogg, N. D. (2018). Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 31*(3), 225–231.
- Adams, J. A., Harper, K., Knudson, S., & Revilla, J. (1994). Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. *Pediatrics, 94*(3), 310–317.
- Adams, J. A., Kaplan, R. A., Starling, S. P., Mehta, N. H., Finkel, M. A., Botash, A. S., ... & Shapiro, R. A. (2007). Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 20*(3), 163–172.
- Adams, J. A., Kellogg, N. D., Farst, K. J., Harper, N. S., Palusci, V. J., Frasier, L. D., ... & Starling, S. P. (2016). Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29*(2), 81–87.
- Adams, J. A., Starling, S. P., Frasier, L. D., Palusci, V. J., Shapiro, R. A., Finkel, M. A., & Botash, A. S. (2012). Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. *Child Abuse & Neglect, 36*(5), 383–392.



- Adams, J. A., Botash, A. S., & Kellogg, N. (2014). Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *158*(3), 280–285.
- Alexander, R. A. (2011). Medical advances in child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *20*(5), 481–485.
- Bell, T. A., Stamm, W. E., Chou Kuo, C., Holmes, K. K., & Grayston, J. T. (1992). Chronic Chlamydia trachomatis infections in infants. *JAMA*, *267*(3), 400–402.
- Berenson, A. B., Chacko, M. R., Wiemann, C. M., Mishaw, C. O., Friedrich, W. N., & Grady, J. J. (2000). A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, *182*(4), 820–834.
- Centers for Disease Control and Prevention (2015). *Sexually transmitted diseases treatment guidelines: sexual assault and abuse and STDs*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/std/tg2015/sexual-assault.htm>
- Committee on Child Abuse and Neglect. (1999). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject review. *Pediatrics*, *103*(1), 186–191.
- Crawford-Jakubiak, J. E., Alderman, E. M., Leventhal, J. M., & AAP Committee on Child Abuse and Neglect & AAP Committee on Adolescence (2017). Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*, *139*(3), e20164243.
- Donaruma-Kwoh, M. M., Tran, X. G., & Giardino, A. P. (2010). Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal male genital anatomy. *Clinical Pediatrics*, *49*(8), 756–759.
- Dubow, S. R., Giardino, A. P., Christian, C. W., & Johnson, C. F. (2005). Do pediatric chief residents recognize details of prepubertal female genital anatomy: A national survey. *Child Abuse & Neglect*, *29*(2), 195–205.
- Gallion, H. R., Milam, L. J., & Littrell, L. L. (2016). Genital findings in cases of child sexual abuse: Genital vs vaginal penetration. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *29*(6), 604–611.
- Giardino, A. P., & Finkel, M. A. (2005). Evaluating child sexual abuse. *Pediatric Annals*, *34*(5), 382–394.
- Gully, K. J., Britton, H., Hansen, K., Goodwill, K., & Nope, J. L. (1999). A new measure for distress during child sexual abuse examinations: The Genital Examination Distress Scale. *Child Abuse & Neglect*, *23*(1), 61–70.
- Hammerschlag, M. R., Alpert, S., Rosner, I., Thurston, P., Semine, D., McComb, D., & McCormack, W. M. (1978). Microbiology of the vagina in children: Normal and potentially pathogenic organisms. *Pediatrics*, *62*(1), 57–62.



- Hammerschlag, M. R., & Guillén, C. D. (2010). Medical and legal implications of testing for sexually transmitted infections in children. *Clinical Microbiology Reviews*, 23(3), 493–506.
- Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 645–659.
- Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., & Dettmeyer, R. (2014). Physical examination in child sexual abuse: Approaches and current evidence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(41), 692.
- Honor, G., & McCleery, J. (2000). Do pediatric nurse practitioners recognize sexual abuse?. *Journal of Pediatric Health Care*, 14(2), 45–49.
- Honor, G., Scribano, P., Curran, S., & Stevens, J. (2009). Emotional response to the anogenital examination of suspected sexual abuse. *Journal of Forensic Nursing*, 5(3), 124–130.
- Jenny, C., Crawford-Jakubiak, J. E., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2013). The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*, 132(2), e558–e567.
- Kellogg, N. D., Melville, J. D., Lukefahr, J. L., Nienow, S. M., & Russell, E. L. (2018). Genital and extragenital gonorrhea and chlamydia in children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Pediatric Emergency Care*, 34, 761–766.
- Kellogg, N., Menard, S. W., & Santos, A. (2004). Genital anatomy in pregnant adolescents: "normal" does not mean "nothing happened". *Pediatrics*, 113(1 Pt 1), e67–69.
- Kellogg, N., & the Committee on Child Abuse and Neglect (2005). The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 116(2), 506–512.
- Kempe, C. H. (1978). Sexual abuse, another hidden pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*, 62(3), 382–389.
- Ladson, S., Johnson, C. F., & Doty, R. E. (1987). Do physicians recognize sexual abuse?. *American Journal of Diseases of Children*, 141(4), 411–415.
- Lawson, L. (1990). Preparing sexually abused girls for genital evaluation. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 13(2), 155–164.
- Lentsch, K. A., & Johnson, C. F. (2000). Do physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? The results of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreatment*, 5(1), 72–78.

- Lindegren, M. L., Hanson, I. C., Hammett, T. A., Beil, J., Fleming, P. L., & Ward, J. W. (1998). Sexual abuse of children: Intersection with the HIV epidemic. *Pediatrics*, *102*(4), e46–e46.
- Marks, S., Lamb, R., & Tzioumi, D. (2009). Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *45*(3), 125–132.
- Ofir, S., Tener, D., Lev-Wiesel, R., On, A., & Lang-Franco, N. (2016). The therapy beneath the fun: Medical clowning during invasive examinations on children. *Clinical Pediatrics*, *55*(1), 56–65.
- Palusci, V. J., Cox, E. O., Cyrus, T. A., Heartwell, S. W., Vandervort, F. E., & Pott, E. S. (1999). Medical assessment and legal outcome in child sexual abuse. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *153*(4), 388–392.
- Palusci, V. J., Cox, E. O., Shatz, E. M., & Schultze, J. M. (2006). Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *30*(4), 367–380.
- Pereda, N. y Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal*, *39* (1), 19–25.
- PROMISE (2020). *Forensic medical interventions in Barnahus across Europe. Mapping results 2020*. Council of the Baltic Sea States.  
[www.barnahus.eu](http://www.barnahus.eu)
- Tener, D., Lang-Franco, N., Ofir, S., & Lev-Wiesel, R. (2012). The use of medical clowns as a psychological distress buffer during anogenital examination of sexually abused children. *Journal of Loss and Trauma*, *17*(1), 12–22.
- Tener, D., Lev-Wiesel, R., Franco, N. L., & Ofir, S. (2010). Laughing through this pain: medical clowning during examination of sexually abused children: An innovative approach. *Journal of Child Sexual Abuse*, *19*(2), 128–140.
- Walsh, W. A., Cross, T. P., Jones, L. M., Simone, M., & Kolko, D. J. (2007). Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination?: The impact of Children's Advocacy Centers. *Child Abuse & Neglect*, *31*(10), 1053-1068.
- Whaitiri, S., & Kelly, P. (2011). Genital gonorrhoeae in children: Determining the source and mode of infection. *Archives of Disease in Childhood*, *96*(3), 247–251.
- Workowski, K. A., & Bolan, G. A. (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recommendations and reports*, *64*(RR-03), 1.

## 6. Entrenamiento y formación basado en la simulación

*José M. Quintillá y Elisabeth Esteban*

### 6.1. El concepto de simulación clínica

La *Society for Simulation in Healthcare*, en su Diccionario de Simulación en Salud (Lioce, 2020), define el concepto simulación clínica como la “técnica que crea una situación o un entorno que permite a las personas experimentar una representación de un acontecimiento real con el fin de practicar, aprender, evaluar, probar o comprender los sistemas o las acciones humanas”. David Gaba, uno de los padres de la simulación clínica en anestesiología, aporta una definición más sencilla pero muy intuitiva: “Técnica educativa que sustituye o amplía las experiencias reales con experiencias guiadas que evocan o reproducen aspectos sustanciales del mundo real de forma totalmente interactiva” (Gaba, 2004).

En la práctica, la simulación clínica tiene dos ingredientes principales: la experiencia y la reflexión.

- Las **experiencias** que se construyen en simulación clínica son experiencias vivas. No se basan en la mera contemplación de un entorno simulado (como en la simulación o renderización de un modelo arquitectónico), sino que los participantes actúan e interactúan entre ellos y con el entorno de la forma más parecida posible a su trabajo real. Para construir estas experiencias se utilizan diversos recursos: espacios de trabajo reales o equipados como tales, simuladores de paciente (maniqués robotizados de mayor o menor complejidad, a los que se les pueden realizar numerosos procedimientos médicos y que pueden mostrar determinados signos clínicos –pulsos, sonidos, movimientos...–), actores y actrices, aparataje y material médico, imágenes médicas, documentos de historia clínica y, en definitiva, todos o casi todos los elementos que forman parte de una situación clínica real. En los últimos años se han incorporado, cada vez con más impacto, la realidad virtual y la realidad aumentada como tecnologías para construir experiencias clínicas simuladas.
- Las **reflexiones** se generan tanto a nivel individual como, en la mayoría de los casos, en conversaciones en grupo conducidas por el facilitador (*debriefing*). Suceden tanto durante la acción como después de ella y tienen como finalidad construir aprendizajes. Estos aprendizajes pueden ser individuales, de equipo o de organización.

Además de estos dos ingredientes principales, la simulación clínica tiene dos características fundamentales: el control y la seguridad. A diferencia de la vida real, las experiencias que se crean en contexto simulado son experiencias controladas, en las que el entorno físico y los sucesos han sido definidos con antelación y responden a unos objetivos concretos. En simulación sucede lo que se decide que suceda. También a diferencia de la vida real, las experiencias simuladas y las actividades de reflexión se

construyen de forma segura, tanto desde un punto de vista físico como psicológico. El concepto de seguridad psicológica en simulación lo abordaremos más adelante.

Una actividad basada en simulación tiene varios elementos que suceden en el tiempo de forma generalmente consecutiva:

1. El *prebriefing*. Es una reunión inicial entre facilitadores y participantes (Lioce, 2020) que tiene como finalidad proporcionar información preparatoria y orientación para sacarle el máximo partido a la simulación. Esta reunión suele incluir (León-Castelao y Maestre, 2019; Maestre y Rudolph, 2014): la presentación de los educadores y participantes, establecer objetivos, aclarar expectativas sobre las consecuencias de la actividad, clarificar los roles, orientar al entorno de simulación y crear un ambiente de ficción que atraiga lo suficiente como para que la gente participe, atender a detalles logísticos y transmitir respeto por el alumno e interés en su perspectiva, y ofrecer una visión general de la conversación que tendrá lugar para analizar el rendimiento.
2. El *briefing*. Es la introducción a cada escenario de simulación, donde se da información sobre el contexto y sobre los detalles clínicos sobre el caso que deben conocer los participantes al inicio de la acción (Lioce, 2020; León-Castelao y Maestre, 2019).
3. El escenario. Corresponde al caso de simulación vivido por los participantes. Dependiendo de los objetivos y de la composición del grupo, pueden participar activamente todos o bien que algunos de ellos tengan papel de observadores.
4. El *debriefing*. Es una sesión de reflexión en grupo que sucede habitualmente inmediatamente después del escenario, conducida por uno o varios facilitadores. La SSH define el debriefing como “una sesión después de un evento de simulación en la que los facilitadores y los alumnos vuelven a examinar la experiencia de simulación con el fin de avanzar hacia la asimilación y la adaptación del aprendizaje a situaciones futuras”. En algunas modalidades de simulación el debriefing no sucede únicamente al final del escenario, sino que se integra en pausas deliberadas durante el mismo.

## 6.2. Aprendizaje y simulación clínica

Cuanto más leemos, más nos damos cuenta de que hay muchas formas diferentes de explicar cómo aprenden los adultos y de que ninguna de las teorías individuales explica por completo lo que ocurre cuando una persona se dedica a aprender (Merriam y Baumgartner, 2020; Taylor y Hamdy, 2013). En esta sección del documento recopilaremos algunas conexiones entre las teorías de aprendizaje del adulto y los fundamentos pedagógicos de la simulación clínica.

Malcolm Knowles (1988; 2005) consideraba que los adultos aprenden de forma diferente de los niños e introdujo el término "andragogía" para diferenciar el aprendizaje de los adultos de la pedagogía. Esta diferenciación parece ahora artificial: muchos de los principios de la andragogía pueden aplicarse igualmente al aprendizaje de los niños. Probablemente sea más apropiado pensar en términos de un espectro continuo de aprendizaje, que se extiende a lo largo de la vida, con diferentes énfasis, problemas y estrategias en diferentes momentos.

Los constructivistas, como Vygotsky (1997), consideran que el aprendizaje es el proceso de construcción de nuevos conocimientos sobre la base de lo que ya se sabe. Esta visión del aprendizaje, ampliamente compartida actualmente, tiene una implicación muy directa con el enfoque del aprendizaje en simulación, que combina experiencia y reflexión. Las conversaciones de debriefing bien conducidas no se basan en revisar de forma exhaustiva la idoneidad de las acciones realizadas durante el escenario, sino que relacionan, a través de la reflexión grupal, lo vivido en la simulación con experiencias y conceptos previos del trabajo real y fuerzan la puesta en común de puntos de vista y enfoques diferentes para construir nuevos aprendizajes conectados con los conocimientos previos.

En la siguiente tabla se resumen una serie de conceptos básicos de las diferentes teorías de aprendizaje (Taylor y Hamdy, 2013) y su relación con características clave del aprendizaje basado en simulación:

Conceptos y elementos básicos de teorías de aprendizaje	Conexiones clave con el aprendizaje basado en simulación
<b>Teorías de aprendizaje conductual:</b> El aprendizaje se basa en estímulos que provocan cambios en el comportamiento.	En simulación clínica se trabajan comportamientos específicos y se conectan con motivaciones y resultados. Los escenarios se diseñan incluyendo retos que, en definitiva, se compartan como estímulos para el participante.
<b>Teorías cognitivas:</b> Focalizadas en los procesos mentales y psicológicos, sobre todo la percepción y el procesamiento de la información.	El debriefing de las actividades de simulación brinda oportunidades para explicitar lo percibido, analizarlo y procesar la información en pensamiento individual y en interacción con los otros.
<b>Aprendizaje experiencial:</b> El aprendizaje adulto es fruto de experiencia y reflexión. Según Kolb este proceso es cíclico, con 4 fases (experiencia, reflexión, conceptualización y experimentación). Cada persona tiene diferentes grados de fortaleza en la utilización de cada fase del ciclo.	Los bloques escenario + debriefing ofrecen las 4 fases del ciclo: en el escenario los participantes viven una experiencia, en el debriefing reflexionan y construyen conceptos y estos nuevos conceptos los ponen a prueba experimentando en el siguiente escenario y/o en el trabajo real.
<b>Andragogía de Knowles:</b> Los adultos tienen una motivación diferente para aprender, más interna y más ligada a sus necesidades y resultados.	Las actividades de simulación deben diseñarse para dar respuesta a verdaderas necesidades de los participantes. La simulación es un ejemplo de actividad de aprendizaje con participación directa del alumno, que tiene capacidad de influir en cómo se desarrolla.
<b>Teoría del aprendizaje transformativo (Mezirow):</b> La reflexión crítica como reto para las propias creencias y asunciones. Un dilema (“soy consciente de que no sé”) en un contexto personal, profesional y social concreto actúa como catalizador para revisar las propias visiones y perspectivas a través de la reflexión crítica.	Los escenarios de simulación han de contener la proporción de reto adecuada para los participantes y su contexto. En el debriefing se compartirán diversos puntos de vista ante las cosas y se revisarán críticamente a la luz de las perspectivas de los demás.
<b>Aprendizaje social:</b> El aprendizaje sucede en un contexto determinado y en comunidad. La interacción con los otros condiciona el aprendizaje.	Aunque existen actividades de simulación centradas en la práctica individual de habilidades técnicas específicas, la mayoría de las simulaciones son oportunidades de aprendizaje en comunidad. Forma parte del ADN de la simulación clínica la creación de un entorno motivador y con seguridad psicológica para el aprendizaje en grupo.
<b>Modelo reflexivo de Schön:</b> La reflexión sucede durante la acción ( <i>reflection in action</i> ) cuando nos encontramos con algo disonante con nuestras experiencias previas y también posteriormente cuando pensamos sobre el proceso vivido ( <i>reflection on action</i> ).	El escenario ofrece oportunidades de <i>reflection in action</i> , mientras que el debriefing es un ejemplo de <b>reflecion on action</b> colectivo.

<p><b>Práctica deliberada:</b> Aprendizaje planificado del automatismo, liberando recursos cognitivos para la resolución de problemas.</p>	<p>En la planificación de currículos completos basados en simulación suele haber lugar para la práctica deliberada.</p>
<p><b>Zona de Desarrollo Próximo del constructivismo,</b> según la cual un alumno sólo puede adquirir nuevos conocimientos si puede relacionarlos con los ya existentes. Las conversaciones entre alumnos y profesores en las que se articula lo que ya se sabe pueden ampliar la zona de desarrollo próximo al situar las nuevas ideas en el contexto de la comprensión actual.</p>	<p>El esquema de conversación reflexiva de los debriefings de la simulación clínica se mueve mayoritariamente en la zona de desarrollo próximo. Además, las reflexiones se articulan a partir de experiencias recién vividas en el escenario previo.</p>
<p><b>Taxonomía de Bloom:</b> Es un sistema de definir objetivos de aprendizaje que abarquen conocimientos, habilidades y actitudes. Los objetivos se categorizan en un esquema en pirámide con niveles de menor a mayor complejidad.</p>	<p>La simulación y su debriefing reflexivo permite subir escalones de la pirámide de Bloom (analizar, evaluar, construir...).</p>
<p><b>La ventana de Johari:</b> Es un modelo de 4 cuadrantes que relaciona lo que sabemos y lo que saben los demás. El modelo muestra oportunidades de descubrimiento y de nuevos aprendizajes a través de la discusión entre personas con diferentes rangos de conocimiento.</p>	<p>El escenario y el debriefing hacen visibles los rangos de conocimiento de cada uno de los miembros del grupo. Una buena conversación de debriefing permite adentrarse en los cuadrantes de lo desconocido por unos y comprendido por otros, aumentando las oportunidades de aprendizaje.</p>
<p><b>El doble bucle de Argyris:</b> El modelo muestra los dos niveles de reflexión que pueden suceder a partir de los resultados que obtenemos de nuestras decisiones y acciones. En el primer nivel (bucle sencillo) analizamos qué hemos hecho y cómo lo hemos hecho y podemos aprender nuevos comportamientos que promuevan los resultados deseados. En el segundo nivel (doble bucle) además identificamos las motivaciones internas o marcos mentales (condicionantes derivados de nuestras asunciones, nuestra interacción con los demás, la cultura y las reglas no escritas...) que mueven nuestras acciones.</p>	<p>En la planificación y conducción de las conversaciones de debriefing se debe identificar si los objetivos de aprendizaje requieren reflexión de bucle sencillo o de doble bucle.</p> <p>Algunos marcos conceptuales utilizados en simulación clínica, como el modelo de SimZones de Roussin y Weinstock (2017) se basan en este esquema de Argyris.</p>

### 6.3. Efectividad de la simulación como herramienta de aprendizaje

Desde que la simulación clínica se ha ido convirtiendo en una herramienta cada vez más utilizada en la educación en ciencias de la salud, se han extendido y diversificado los trabajos de investigación que estudian su efectividad. La búsqueda de estas pruebas se ve obstaculizada en primer lugar por la dificultad de definir la "eficacia". Los resultados de la formación con simulación son amplios, y van desde las habilidades técnicas específicas, las habilidades de relación/comunicación, el trabajo en equipo complejo y los comportamientos de liderazgo hasta los resultados basados en el paciente.

En el contexto de las habilidades técnicas, McGaghie et al. (2011) llevaron a cabo una revisión comparativa de la simulación frente a la educación clínica tradicional y encontraron beneficios cuantificables a favor de la primera. Existen numerosos estudios que, con un esquema antes-después, demuestran efectividad en la adquisición de habilidades concretas en contexto diversos.

En relación con el trabajo en equipo, Weaver et al. (2014) llevaron a cabo una revisión de la literatura, identificando entre 90 y 100 publicaciones al año sobre la formación del trabajo en equipo en el ámbito sanitario. La revisión encontró que había muchas modalidades efectivas para la formación de equipos, incluyendo intervenciones en el



aula y basadas en la simulación. Varios estudios mostraron una mejora significativa en el funcionamiento del equipo tras la formación de equipos basada en la simulación.

También hay trabajos que relacionan intervenciones formativas basadas en simulación y resultados a nivel de paciente. Son algunos ejemplos muy significativos:

- El trabajo de Draycott y cols. (2006) demostrando una reducción de la incidencia de parálisis braquial obstétrica tras un programa de formación en el manejo multidisciplinar de la distocia de hombros.
- El análisis de la mejora en tiempo hasta el TAC, tiempo hasta intubación y tiempo hasta quirófano en pacientes traumáticos realizado por Capella et al (2010).
- El aumento de supervivencia en parada cardiaca pediátrica econtrado en el estudio de Andreatta et al. (2011).

Más allá de demostrar que la simulación funciona (que en realidad es algo ampliamente reconocido), tiene mucho interés identificar qué factores tienen más influencia en su efectividad. En esta cuestión es un clásico la revisión sistemática de Issenberg et al. (2005). La lista de factores identificados se detalla en la siguiente tabla:

<b>Factores que influyen en la efectividad de la simulación como herramienta formativa</b> (Issenberg et al, 2005)
Proporcionar feedback
Práctica repetitiva
Integración de la simulación en un plan de estudios global
Ofrecer un espectro de niveles de dificultad
Combinar simulación con otras estrategias de aprendizaje
Incluir en las simulaciones la variabilidad clínica
Creación de un entorno controlado y seguro
Aprendizaje individualizado
Objetivos y medición de resultados definidos
Realismo del escenario de simulación

Otra cuestión que puede ser pertinente es estudiar si existen diferencias en la efectividad de la simulación entre participantes y observadores. Hay diversos trabajos al respecto y recientemente se ha publicado además un meta-análisis (Delisle et al., 2019) que compara los resultados tomando como referencia el modelo de Kirkpatrick (Kirkpatrick y Kirkpatrick, 2016). No hay diferencias significativas en el nivel 1 (reacciones) ni en el nivel 3 (comportamiento). Se encuentran algunas diferencias estadísticamente significativas en el nivel 2 (aprendizaje) a favor del grupo de participantes, pero las diferencias son pequeñas en su implicación práctica, con intervalos de confianza muy solapados y sólo en el caso de observadores no directos. Podemos pensar en global que, aunque existen beneficios de la participación activa, los observadores directos de una simulación clínica que participan en el debriefing tienen oportunidades de aprendizaje significativo.

## 6.4. Elementos fundamentales de buenas prácticas en simulación clínica

En toda actividad de simulación existe un componente experiencial y otro reflexivo con diversos niveles de fidelidad y con una infraestructura importante (en medios y personal). Para que la simulación clínica sea efectiva, es necesario que ésta cumpla con unos requisitos que influirán directamente en el resultado de la simulación y la experiencia del participante.

### 6.4.1. Conexión con necesidades

La simulación debe responder a las necesidades del equipo participante. ¿Es lo mismo plantear una sesión de simulación a personas con poca experiencia que a profesionales senior? ¿Qué debe ser distinto en una simulación que busca trabajar el factor humano? ¿Cómo abordar el aprendizaje de habilidades técnicas básicas? Es imprescindible, pues, que conozcamos las características del equipo que va a recibir la formación. Debemos informarnos sobre su perfil profesional, su grado de experiencia y necesidades formativas. En base a todo ello diseñaremos una simulación adecuada.

Para llegar a conocer estas necesidades existen diversos métodos (Hauer y Quill, 2011). Aquí listamos algunos de ellos:

- Cuestionarios a equipos, ¿qué necesidades formativas tenéis? ¿En qué área relacionada con vuestro trabajo desearíais recibir formación? ¿En qué aspectos desearíais mejorar vuestros resultados y nivel de confianza dentro de vuestra actividad?
- Análisis de incidentes
- Observaciones de coordinadores de equipos
- Itinerario formativo
- Reclamaciones de pacientes
- Incorporación de nuevos dispositivos y materiales
- Implementación de nuevos procedimientos
- Incorporación de nuevos profesionales en los equipos
- Métodos de consenso entre profesionales (grupos de consenso de expertos, grupos focales...)

El hecho de que la actividad que diseñemos responda a la necesidad del grupo influirá directamente en el aprendizaje del participante y por lo tanto, en el paciente potencial que será atendido por estos profesionales.

### 6.4.2. Diseño adaptado a tipo de objetivos y perfil de participantes

Como hemos comentado anteriormente, el perfil del profesional puede marcar claramente el diseño de nuestra simulación. No será lo mismo plantear una simulación para entrenar a un equipo novel en una habilidad técnica (por ejemplo, el manejo de la vía aérea de un paciente) que a un equipo senior en la atención integrada durante una parada cardiaca en la UCI. Por todo ello, tenemos que ser muy conscientes del perfil del participante. Éste no será el único ingrediente a tener en cuenta. El objetivo de la simulación marcará también su diseño. Debemos preguntarnos, ¿qué aprendizaje



obtiene el participante con esta actividad? Es posible que estemos entrenando mediante simulación a un equipo senior con mucha experiencia en el manejo de un nuevo dispositivo. A pesar de ser un equipo experimentado, es novel en el uso de éste, por lo que deberemos tenerlo en cuenta. Por otro lado, podríamos tener una actividad con estos mismos participantes sobre trabajo en equipo. En ambos casos, las actividades deberán ser distintas.

Para ello resulta extremadamente útil el esquema de Simzones del Boston Children's Hospital Simulator Program (Roussin y Weinstock, 2017). Se trata de una metodología que permite entender, organizar y aplicar todos estos aspectos de una forma lógica y efectiva. Las simulaciones se dividen en 4 zonas (0-3). La zona 0 incluye ejercicios de autofeedback practicadas por el alumno en solitario. La zona 1 incluye la instrucción directa al alumno por parte del facilitador en habilidades clínicas. La zona 2 consiste en simulaciones de eventos clínico-reales diseñadas para desarrollar habilidades clínicas previamente adquiridas, en las que los alumnos habitualmente se integran dentro de un equipo asistencial simulado. La zona 3 implica a profesionales de equipos naturales para entrenar aspectos de trabajo en equipo. En las conversaciones o debriefings se potencia la reflexión de bucle sencillo de Chris Argyris (sobre los resultados que provocan nuestras acciones, el "qué" y "cómo") y de doble bucle (sobre los marcos mentales que condicionan dichas acciones, el "por qué") (Argyris, 1991). Las reflexiones de doble bucle se centrarían en la zona 3.

#### **6.4.3. Realismo del escenario**

Para que el participante saque el máximo rendimiento de la simulación, el escenario que planteemos debe ser el más realista posible. El caso debe diseñarse con atención al detalle y es conveniente utilizar el espacio acercándolo al máximo a lo que sería una situación real. Para conseguir un alto grado de realismo en los escenarios combinamos distintos tipos de recursos:

- Espacios. En función de los objetivos, se utilizan espacios dedicados y específicos de simulación y/o espacios de trabajo reales, con los elementos de contexto necesarios.
- Simuladores de paciente. Son maniqués interactivos de mayor o menor complejidad y capacidad técnica. Los más sofisticados muestran signos físicos que los participantes pueden percibir (respiración, movimientos, pulsos, sonidos, voz...) y es posible conectarles aparatos médicos y realizarles procedimientos.
- Simuladores de habilidades. Son equipos que simulan parcialmente un paciente para practicar una habilidad específica.
- Actores profesionales que pueden representar pacientes, familias u otras personas presentes en la situación.
- Equipamientos y material de trabajo real.

En el uso efectivo de todos estos recursos se tiene en cuenta en todo momento el equilibrio adecuado entre estos 3 componentes del realismo en simulación (Rudolph et al. 2007, Hamstra et al. 2014):

- *El realismo técnico.* Es el relacionado con la capacidad de interacción de los participantes con el escenario en términos de percepción sensorial (ver, oír, tocar...) y de acción (hacer).
- *El realismo conceptual.* Tiene que ver con la coherencia de los hechos, de los sucesos que constituyen la historia simulada y de las consecuencias de las decisiones y acciones de los participantes.
- *El realismo emocional.* Es la medida en que un escenario provoca a los participantes emociones similares a las de esa situación en la vida real.

#### **6.4.4. Debriefing basado en curiosidad y que fomenta la curiosidad sobre el juicio**

El debriefing es la conversación de aprendizaje después del escenario clínico para analizar el rendimiento con el objetivo de sostener o mejorar la práctica futura (Maestre y Rudolph, 2014). Es un proceso muy válido para involucrar a los participantes tras cualquier tipo de simulación o actividad de aprendizaje, independientemente del tipo de actividad llevada a cabo (Alinier, 2007). También se considera un ejercicio poderoso de comunicación con el objetivo de mejorar la actuación de los participantes. Se considera que la calidad y el tipo de interacción entre facilitador y participante durante el debriefing son cruciales para que el proceso de aprendizaje sea efectivo. Además, la competencia del facilitador o debriefer es proporcional a la calidad de la experiencia vivida por el participante (Helmreich y Wilhelm, 1991).

Las fases principales de debriefing son las siguientes (Gardner, 2013; Rudolph et al., 2008):

- *Fase de reacciones:* Los participantes expresan cómo se han sentido durante la simulación.
- *Fase de análisis o entendimiento* de lo acontecido durante la simulación.
- *Fase de resumen y cierre.*

Lo fundamental es que sea ESTRUCTURADO y debe realizarse inmediatamente después de la simulación. Existen numerosos métodos de debriefing que incluyen las tres fases del modelo presentado, como el RUST (Reaction, Understanding, Summary, Take-home message; Karlsen 2013) o el GAS (Gather, Analyse, Summarise; Cheng et al. 2012) y otros métodos multifase.

El sistema PEARLS (Promoting Excellence And Reflective Learning in Simulation) propuesto por Eppich y Cheng (2015), consiste en el modelo de las tres fases a las que se añade una fase de “Descripción” entre la de “reacciones” y “análisis”. La novedad es que permite el uso de diferentes estrategias del análisis dependiendo del tipo de participante y sus necesidades (plus /delta, feedback directo...). No hay evidencia científica de ningún método de debriefing sea superior a otro.

Se han desarrollado **diferentes estrategias para la fase de análisis**, de las que resumimos las más conocidas.

- **Feedback directo:** Estrategia comunicativa unidireccional del facilitador al participante sobre su comportamiento o acción. Es adecuado dependiendo

de la actividad y de la zona trabajada (por ejemplo zona 1 o 2) especialmente si no es precisa una reflexión profunda por parte del participante.

- Plus-delta. Inicialmente descrito por Klair en 2000 para discutir en simulaciones de aviación, se ha ido desarrollando también en grupos de formación médica. Tras dar la bienvenida a los participantes el facilitador introduce la metodología que se va a seguir e invita a los participantes a completar una tabla “Plus/Delta” describiendo lo que ha ido bien (Plus) y lo que podría haber sido mejor o nos ha generado dudas (Delta). A continuación, el facilitador guía a los participantes en la revisión de la tabla, seguido de un análisis más profundo de dos o tres ítems de esta tabla. Una variante es el plus/delta/plus propuesta por O’Brien et al. (2017).
- Estrategia de debriefing de buen juicio usando la técnica “Advocay/inquiry”. Se puede traducir como “apoyo/indagación”. Introducida por el grupo de Harvard (Rudolph, 2006; 2007). Se utiliza esta técnica de conversación para descubrir “gaps” en las acciones de los participantes relacionados con atributos cognitivos o de comportamiento.

#### **6.4.5. Entorno psicológicamente seguro.**

Para que la simulación clínica sea efectiva y se logren los objetivos deseados, es necesaria la creación de un ambiente de trabajo estimulante y participativo (Roussin et al., 2018). Los compañeros que van a participar en la simulación lo harán probablemente en un espacio, materiales y equipo distinto del habitual. Esto puede generar inseguridad e incomodidad. El facilitador debe favorecer que el participante se sienta capaz de mostrar conductas abiertas de aprendizaje reflexivo, discutiendo abiertamente soluciones novedosas o ideas divergentes sin temor a implicaciones negativas. Existen diversas acciones que nos pueden ayudar a lograrlo. Por un lado es importante prestar atención al lenguaje verbal y no verbal que utilice el facilitador evitando términos tales como “evaluación”, “profesor” o “alumno”. Favorecemos que el equipo se conozca previamente y si no es posible, utilizaremos un tiempo para presentarnos y utilizar algún ice-breaking con el objetivo de generar grupo y destensar el ambiente. Es muy importante que el facilitador cuente previamente con información sobre los participantes, quiénes son, de dónde vienen, en qué trabajan, qué experiencia tienen...

Los participantes deben saber cómo se va a desarrollar la actividad, qué roles van a jugar en ella. La confidencialidad debe quedar clara y asumida por parte de todo el equipo que participe en esta actividad. Al final de la simulación agradecemos a los participantes su actuación y compromiso.

#### **6.4.6. Medición de impacto. Modelo de Kirkpatrick.**

El impacto se define como el efecto que produce una determinada intervención sobre un equipo o una institución producida por los efectos de ésta. Existen diversos métodos para evaluación del impacto que se utilizan en simulación clínica, siendo el modelo de Kirkpatrick (Kirkpatrick y Kirkpatrick, 2016) el más utilizado. Su método está formado por cuatro niveles: reacción, aprendizaje, conducta y resultados. Todos son importantes, no puede existir uno sin el otro.

- **Reacción:** consiste en medir cómo reaccionan los participantes antes la capacitación recibida. La forma más sencilla es hacerlo mediante encuestas de satisfacción.
- **Aprendizaje:** Se identifica como el momento en el que los participantes desarrollan su capacidad, lo que produce un cambio en su pensamiento y actuar, además de mejorar sus habilidades. Para evaluar el aprendizaje es necesario medir el conocimiento antes y después de la formación. El objetivo de este nivel es medir el grado en que los participantes reconocieron los conocimientos impartidos y analizar la relación entre lo aprendido y la acción formativa como contenido, actividades para desarrollar el aprendizaje, organización del curso y las herramientas utilizadas.
- **Comportamiento:** En este nivel se mide, si los participantes ponen en práctica los conocimientos que adquirieron. Puede hacerse mediante encuestas de seguimiento.
- **Resultados:** Consiste en evaluar las ventajas que los participantes obtuvieron durante la formación y el impacto que ésta ha tenido en el trabajo real de los participantes. Es el nivel más difícil de medir de los 4.

### **6.5. Simulación presencial**

Las actividades de simulación presencial son las que aúnan todos los aspectos positivos de la simulación. En primer lugar, con simulación se puede profundizar en la adquisición de conocimientos, avanzando en la taxonomía de Bloom (reconocer, analizar, aplicar, sintetizar y evaluar, más allá de sólo conocer). Además, el carácter activo y experiencial de la simulación permite, evidentemente, adquirir habilidades psicomotoras con mucha efectividad. Por último, la simulación posee tres propiedades que facilitan trabajar las actitudes probablemente mejor que otras técnicas docentes: el realismo emocional de los escenarios simulados, la reflexión en grupo sobre acciones y motivaciones y el entorno de seguridad psicológica que permite compartir ideas, percepciones, puntos de vista y emociones de forma sincera y honesta.

Facilita la participación y el compromiso (engagement) del alumno con su propia formación. Aprender haciendo es motivador y el alumno conecta fácilmente con sus propias necesidades y sus experiencias previas. Si además, la experiencia es presencial, este efecto se ve incrementado.

### **6.6. Telesimulación o simulación online**

La telesimulación consiste en utilizar la videotecnología para ligar de forma remota a los participantes en una simulación con su instructor o facilitador. Aunque no es una técnica nueva, sí es cierto que la situación vivida durante la pandemia SARS-COVID ha aumentado la necesidad de transformar parte de la simulación presencial a simulación remota (McCoy et al., 2017; Diaz y Walsh, 2021). Esta nueva fórmula educativa exige que durante la preparación de la actividad los docentes tengan en cuenta aspectos sobre tecnología que en la simulación presencial no son necesarias, tales como la velocidad de

internet, los firewalls de las instituciones, los accesos de los participantes, recursos de video y audio disponibles...

Si bien en toda la simulación los aspectos técnicos son fundamentales, en telesimulación se convierten en elemento imprescindible. A su vez, la preparación de la actividad debe ser exquisita y tener previstas todas las situaciones posibles con sus alternativas. Existen diversas metodologías para llevar a cabo las telesimulaciones. Se considera que, en ellas, el participante “pierde” la capacidad de realizar las acciones ellos mismos, se pierde la habilidad manual. Por este motivo estas simulaciones no serían adecuadas para desarrollar habilidades clínicas manuales. A cambio, sí pueden intervenir en tomas de decisiones y en los debriefings.

- Existe una modalidad en la que los participantes se conectan de forma remota y en la sala de simulación hay “confederados” que van a realizar las acciones que les dicten los participantes. El facilitador conducirá el debriefing de forma remota. Los participantes pueden decidir vía “encuesta” en la plataforma en la que se emita (en este caso no hay límite de participantes) o participan y deciden en directo por audio (pocos participantes). En este último caso, el participante tiene un rol más importante durante el debriefing.
- También se pueden reproducir situaciones interpretadas por actores profesionales que reproducen el entorno profesional habitual de cada participante para estimular la reflexión acerca del modo en que solemos comunicarnos.
- Otra modalidad consiste en “grabar” un video con confederados y actores sobre una situación simulada. Por ejemplo, tres escenas de un caso clínico (tres momentos distintos cronológicos). Los participantes lo ven antes de conectarse al debriefing y trabajan su tabla plus/delta individual que el facilitador pone en común con el resto de las observaciones de los otros participantes. La conversación versará sobre los aspectos que se han visto como + o Delta de la grabación. Esta modalidad es muy conveniente para actividades en las que las decisiones no son inmediatas, sino que dependen de la evolución del caso en el tiempo.

En cualquiera de las modalidades de telesimulación se trabajarán sobre todo habilidades cognitivas y comunicativas. Las habilidades técnicas pueden ser observadas y comentadas, pero no las podrá reproducir el participante.

### **6.7. Simulación clínica en el abuso infantil**

Existen experiencias no demasiado numerosas de aplicación de la simulación clínica para formación de profesionales en la valoración del niño abusado y maltratado. Estas experiencias se suelen integrar en programas más amplios, que combinan otras metodologías docentes.

Aunque es posible, por una parte, utilizar la simulación para entrenar habilidades técnicas relacionadas con la exploración física del niño abusado, en una búsqueda exhaustiva de modelos de simulación sólo hemos encontrado un simulador comercial diseñado específicamente para tal fin (OxCAT 100 de Pharmabotics, Winchester, UK).

La simulación clínica con actores se ha utilizado para proporcionar experiencias de formación sobre entrevista al niño abusado y a sus cuidadores. En el caso de la entrevista al niño se han utilizado actores adultos para representar su papel (Freeman 1999, Powell 2008) o bien avatares de realidad virtual (Haginoya et al., 2020; Krause et al., 2017). En ambos casos se ha podido observar efectividad del entrenamiento, sobre todo si los actores tenían formación previa en abuso infantil.

## 6.8. Referencias

- Alinier, G. (2007). A typology of educationally focused medical simulation tools. *Medical Teacher, 29*(8), e243–e250.
- Andreatta, P., Saxton, E., Thompson, M., & Annich, G. (2011) Simulation based mock codes significantly correlate with improved pediatric cardiopulmonary arrest survival rates. *Pediatric Critical Care Medicine, 12*, 33–38.
- Argyris, C. (1991). Teaching smart people how to learn. *Harvard Business Review, 69*(3), 99–109.
- Capella, J., Smith, S., Philp, A., Putnam, T., Gilbert, C., Fry, W., Harvey, E., Wright, A., Henderson, K., Baker, D., Ranson, S., & ReMine, S. (2010). Teamwork training improves the clinical care of trauma patients. *Journal of Surgical Education, 67*(6), 439–443.
- Cheng, A., Rodgers, D., van der Jagt, É., Eppich, W., O’Donnell, J. (2012). Evolution of the pediatric advanced life support course: enhanced learning with a new debriefing tool and web-based module for pediatric advanced life support instructors. *Pediatric Critical Care Medicine, 13*(5), 589–595.
- Delisle, M., Ward, M. A., Pradarelli, J. C., Panda, N., Howard, J. D., & Hannenberg, A. A. (2019). Comparing the learning effectiveness of healthcare simulation in the observer versus active role: systematic review and meta-analysis. *Simulation in Healthcare, 14*(5), 318–332.
- Diaz, M. C. G., & Walsh, B. M. (2021). Telesimulation-based education during COVID-19. *The Clinical Teacher, 18*(2), 121–125.
- Draycott, T., Sibanda, T., Owen, L., Akande, V., Winter, C., Reading, S., & Whitelaw, A. (2006). Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113*(2), 177–182.
- Eppich, W., & Cheng, A. (2015). Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS): development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing. *Simulation in Healthcare, 10*(2), 106–115.
- Freeman, K., Morris, T. (1999). Investigative interviewing with children: Evaluation of the effectiveness of a training program for child protective service workers. *Child Abuse & Neglect, 23*(7), 701–703.



- Gaba, D. M. (2004). The future vision of simulation in health care. *BMJ Quality & Safety*, 13(suppl 1), i2–i10.
- Gardner, R. (2013). Introduction to debriefing. *Seminars in Perinatology*, 37(3), 166–174.
- Haginoya, S., Yamamoto, S., Pompedda, F., Naka, M., Antfolk, J., & Santtila, P. (2020). Online simulation training of child sexual abuse interviews with feedback improves interview quality in Japanese university students. *Frontiers in Psychology*, 11, 998.
- Hamstra, S. J., Brydges, R., Hatala, R., Zendejas, B., & Cook, D. A. (2014). Reconsidering fidelity in simulation-based training. *Academic Medicine*, 89(3), 387–392.
- Hauer, J., & Quill, T. (2011). Educational needs assessment, development of learning objectives, and choosing a teaching approach. *Journal of palliative medicine*, 14(4), 503-508.
- Helmreich, R. L., & Wilhelm, J. A. (1991). Outcomes of crew resource management training. *The International Journal of Aviation Psychology*, 1(4), 287–300.
- Issenberg, S., Mcgaghie, W. C., Petrusa, E. R., Lee Gordon, D., & Scalese, R. J. (2005). Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Medical teacher*, 27(1), 10-28.
- Karlsen, R. (2013) *Stable program: Adaptation of the RUS model*. Center for Medical Simulation (D.R.).
- Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. Association for Talent Development.
- Klair, M. B. (2000). The mediated debrief of problem flights. *Facilitation and debriefing in aviation training and operations*. Aldershot, Ashgate, 72–92.
- Knowles, M. S., Holton, E., & Swanson, R. (2005). *The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development* (6<sup>th</sup> Ed.). Elsevier.
- Knowles M. (1988). *The adult learner: A neglected species*. Gulf.
- Krause, N., Pompedda, F., Antfolk, J., Zappalá, A., & Santtila, P. (2017). The effects of feedback and reflection on the questioning style of untrained interviewers in simulated child sexual abuse interviews. *Applied Cognitive Psychology*, 31(2), 187–198.
- León-Castelao, E., & Maestre, J. M. (2019). Prebriefing en simulación clínica: análisis del concepto y terminología en castellano. *Educación Médica*, 20(4), 238-248.
- Lioce L. (Ed.), Lopreiato J. (Founding Ed.), Downing, D., Chang T.P., Robertson, J.M., Anderson, M., Diaz, D.A., & Spain A.E. (Assoc. Eds.) and the Terminology and Concepts Working Group (2020). *Healthcare simulation dictionary* (2<sup>nd</sup> Ed.).

Agency for Healthcare Research and Quality, January 2020. AHRQ Publication No. 20-0019.

- Maestre, J. M., & Rudolph, J. W. (2014). Theories and styles of debriefing: the good judgment method as a tool for formative assessment in healthcare. *Revista Española de Cardiología*, 68(4), 282–285.
- McCoy, C. E., Sayegh, J., Arabah, R., & Yarris, L. M. (2017). Telesimulation: an innovative tool for health professions education. *AEM education and training*, 1(2), 132–136.
- McGaghie W. C., Issenberg S. B., Cohen, E. R., Barsuk, J. H., & Wayne, D. B. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic Medicine*, 86(6), 706–711.
- Merriam, S. B., & Baumgartner, L. M. (2020). *Learning in adulthood: A comprehensive guide*. John Wiley & Sons.
- Powell, M. B., Fisher, R. P., & Hughes-Scholes, C. H. (2008). The effect of intra-versus post-interview feedback during simulated practice interviews about child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 32(2), 213–227.
- Roussin, C. J., Larraz, E., Jamieson, K., & Maestre, J. M. (2018). Psychological safety, self-efficacy, and speaking up in interprofessional health care simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 17, 38–46.
- Roussin, C. J., & Weinstock, P. (2017). SimZones: An Organizational Innovation for Simulation Programs and Centers. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(8), 1114–1120.
- Rudolph, J. W., Simon, R., & Raemer, D. B. (2007). Which reality matters? Questions on the path to high engagement. *Simulation in Healthcare*, 2(3), 161–163.
- Rudolph, J. W., Simon, R., Raemer, D. B., & Eppich, W. J. (2008). Debriefing as formative assessment: closing performance gaps in medical education. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1010–1016.
- Rudolph, J. W., Simon, R., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2006). There's no such thing as “nonjudgmental” debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simulation in Healthcare*, 1(1), 49–55.
- Rudolph, J. W., Simon, R., Rivard, P., Dufresne, R. L., & Raemer, D. B. (2007). Debriefing with good judgment: combining rigorous feedback with genuine inquiry. *Anesthesiology Clinics*, 25(2), 361–376.
- Rudolph, J. W., Raemer, D. B., & Simon, R. (2014). Establishing a safe container for learning in simulation: the role of the presimulation briefing. *Simulation in Healthcare*, 9(6), 339–349.



Taylor, D. C., & Hamdy, H. (2013). Adult learning theories: implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Medical teacher*, 35(11), e1561–e1572.

Vygotsky L. S. (1997). Interaction between learning and development. In: M. Gauvin & M. Cole (Ed.). *From Mind and Society. Readings on the development of children* (pp. 79–91). Harvard University Press.

Weaver, S. J., Dy, S. M., & Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 359–372.

## 7. Psicoterapia basada en la evidencia

*Noemí Pereda*

### 7.1. Origen

Las experiencias de violencia en la infancia y la adolescencia suponen un grave riesgo para el desarrollo físico, psicológico y social de sus víctimas (de Jong et al., 2015). El abuso sexual infantil se encuentra significativamente asociado con síntomas de depresión, ansiedad, estrés postraumático, disociación, trastornos de los hábitos alimentarios, trastornos del sueño, autoestima baja, ira, síntomas de externalización, ideas y comportamientos relacionados con el suicidio y la autoagresión, problemas interpersonales y participación en comportamientos de alto riesgo (por ejemplo, consumo de sustancias psicoactivas, comportamientos sexuales peligrosos, consumo abusivo de alcohol) (Maniglio, 2009) cuya gravedad requiere de una intervención con modelos terapéuticos basados en la evidencia empírica, es decir, cuyos resultados se hayan contrastado mediante el método científico (Thyer, 2004).

Los estudios de revisión llevados a cabo en este contexto muestran que tanto la terapia cognitivo conductual, como la terapia de exposición, psicodinámica, narrativa, terapia de apoyo y la desensibilización y procesamiento por movimientos oculares (EMDR) tienen efectos beneficiosos en la reducción de la sintomatología postraumática, ansiedad y depresión que presentan niños, niñas y adolescentes (Gillies et al., 2012). Resultados similares se han encontrado específicamente en víctimas de abuso sexual infantil, con una importante reducción de los síntomas de malestar cuando se someten a psicoterapia (Harvey y Taylor, 2010).

Así, la terapia de juego ha demostrado ser el tratamiento más efectivo para los problemas de relación social, mientras que la terapia cognitivo conductual, centrada en el trauma y de apoyo son las más efectivas para los problemas de conducta. La terapia cognitivo conductual y la terapia familiar son las más efectivas en el tratamiento de los síntomas de malestar, mientras que la centrada en el trauma y la cognitivo-conductual lo son para el tratamiento del autoconcepto negativo (Hetzl-Riggin et al., 2007). De forma similar, otros estudios de revisión han encontrado que, si bien la terapia cognitivo conductual es, en general, la más efectiva, la combinación de ésta con la terapia de apoyo y algún elemento de la terapia psicodinámica, como el juego, mejora los resultados positivos que se obtienen en el nivel de malestar y la sintomatología que presentan los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual (Sánchez-Meca et al., 2011). Y este resultado es importante porque a pesar de que la terapia cognitivo conductual haya demostrado su efectividad, los profesionales del ámbito clínico prefieren terapias no estructuradas y no directivas, como el juego, cuando trabajan con víctimas de abuso sexual (Allen y Hoskowitz, 2016).

Las situaciones de violencia contra la infancia pueden suponer un grave riesgo para el desarrollo psicosocial de sus víctimas, que debemos trabajar desde la evidencia empírica

sobre eficacia y efectividad. Así, aunque casi todas las psicoterapias tienen efectividad social, no todas han demostrado su eficacia clínica.

Las terapias centradas en el trauma obtienen apoyo de la evidencia siempre que, 1) se dirijan directamente a las experiencias traumáticas, 2) incluyan a los cuidadores en el tratamiento ya que son importantes agentes de cambio, y 3) no se centren únicamente en los síntomas que presenta la víctima sino en mejorar el funcionamiento, resiliencia y/o el desarrollo (AACAP, 2010).

El modelo de intervención en el que se centrará este apartado está basado en la orientación cognitivo-conductual, puesto que ésta es la que ofrece unos pronósticos más positivos en la consecución de los objetivos fijados y los resultados obtenidos están basados en la evidencia.

## **7.2. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT)**

Específicamente, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TF-CBT) es, a día de hoy, la que mayor evidencia ha demostrado en el tratamiento del trauma y, muy especialmente, de la victimización, en la infancia y adolescencia (Cohen et al., 2007). Para una mayor comprensión de este programa puede recurrirse al manual de Cohen et al. (2006).

Así, siguiendo los criterios de Chambless et al. (1996), y Chambless y Hollon (1998) para definir un modelo terapéutico como efectivo<sup>1</sup>, ésta es la única terapia que ha demostrado ser un tratamiento bien establecido en la intervención con niños, niñas y adolescentes expuestos a experiencias traumáticas (Silverman et al., 2008).

Este modelo de intervención tiene un elevado número de estudios que corroboran su efectividad en la población de 3 a 18 años (Griffin y Wozniak, 2019), si bien su eficacia es limitada en el tratamiento de adultos. Estudios de revisión sobre este modelo terapéutico han demostrado su efectividad en el tratamiento de síntomas postraumáticos, depresión y problemas de conducta (Cary y McMillen, 2012).

El modelo trabaja sobre la sintomatología postraumática, pese a que en niños y niñas menores de seis años no es necesario tener el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), siendo suficiente la presencia de sintomatología característica del mismo (Cohen et al., 2010). Este modelo ha demostrado que, además de reducir y eliminar la sintomatología emocional, cognitiva, y relacional, propia de la situación traumática, ayuda a incrementar el nivel de resiliencia personal (Deblinger et al., 2017).

La duración aproximada de este tipo de intervención se sitúa entre las 12-18 sesiones de 50 minutos cada una. Sin embargo, este número puede extenderse hasta 25 visitas

---

<sup>1</sup> Estos autores clasifican los modelos de intervención terapéutica en tratamientos bien establecidos (*well-established treatments*) que incluyen publicaciones con un diseño experimental por equipos de investigación independientes, manuales de intervención, resultados estadísticamente significativos obtenidos a partir de análisis de datos apropiados, entre otros criterios; probablemente eficaces (*probably efficacious treatments*), posiblemente eficaces (*possibly efficacious treatments*) y experimentales (*experimental treatments*) o no testados aun en ensayos controlados.

en casos de trauma complejo (Cohen et al., 2012) y puede aplicarse cuando se han vivido múltiples situaciones traumáticas. Según han reportado Griffin y Wozniak (2019), el número mínimo de sesiones para encontrar resultados efectivos es 8. Estudios de revisión como el de Trask et al. (2011) muestran que los tratamientos más largos son más efectivos en la reducción de los síntomas de malestar que presentan los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.

Los valores centrales de esta intervención se definen por el acrónimo CRAFTS (en castellano SEGUIR). Según los cuales, la práctica debe trabajar sobre los siguientes puntos problemáticos:

- *Estar basada en los componentes básicos*, trabajándolos hasta que estén consolidados y poder crear nuevos a partir de entonces.
- *Entender y respetar los valores socioculturales del paciente y su familia*, trabajando con ellos para incorporar los elementos terapéuticos de la mejor manera a su situación particular.
- *Ser adaptable y flexible para adecuarse de la mejor manera a quien consulta*, no solo a sus necesidades sino también a su edad e identidad de género.
- *Estar focalizada en la familia*, siendo uno de los elementos principales de la intervención. Los cuidadores principales, siempre que no hayan sido los victimarios, participan en la terapia reportando beneficios para ellos también. Estudios de revisión han demostrado la importancia del tratamiento a los padres o cuidadores principales del menor víctima para la adecuada recuperación de éste (van Toledo y Seymour, 2013). En caso de ser necesario, también pueden incorporarse los hermanos.
- *Dar importancia y trabajar la relación terapéutica*. El trauma genera desconfianza y problemas de relación, por lo que conseguir una relación empática, de confianza, aceptación, etc. es fundamental para mejorar los resultados de la intervención.
- *Enfatizar la auto-eficacia, incluyendo la auto-regulación* en diferentes dominios, permite utilizar herramientas una vez terminada la terapia, lo que garantiza resultados duraderos.

### 7.3. Componentes de la TF-CBT

Todo esto se pone en práctica mediante los componentes básicos, que son sobre los que se trabaja en esta intervención, y que se resumen en el acrónimo PRACTICE (PPRACTICA en castellano).

Tabla 7.1. Componentes de la TF-CBT

<b>P</b>	Psicoeducación – sobre el trauma y las reacciones al mismo.
<b>P</b>	Habilidades parentales – para el manejo de conductas problema.
<b>R</b>	Técnicas de relajación – gestión de reacciones fisiológicas.
<b>A</b>	Aprender a identificar, expresar y modular emociones.
<b>C</b>	Conectar pensamientos, emociones y comportamientos.
<b>T</b>	Narración y procesamiento del trauma – corrección de distorsiones cognitivas.
<b>I</b>	Dominio sobre recuerdos traumáticos – superación del miedo.
<b>C</b>	Sesiones conjuntas con la familia.

---

**E Mejora de la seguridad y el desarrollo futuro.**

---

- P: Psychoeducation
- P: Parenting skills
- R: Relaxation skills
- A: Affective modulation skills
- C: Cognitive coping skills
- T: Trauma narration and processing
- I: In vivo mastering of trauma reminders
- C: Conjoint child-parent sessions
- E: Enhancing safety

Estos componentes se introducen de manera progresiva, pudiéndose distinguir tres fases en su incorporación a la terapia:

- Estabilización y desarrollo de habilidades.
- Narración y procesamiento del trauma.
- Consolidación y cierre.

**7.3.1. Fase 1: estabilización y desarrollo de habilidades**

Esta fase contempla las primeras cinco letras (PPRAC). Las intervenciones durante esta fase van dirigidas a mejorar la seguridad, habilidades parentales, técnicas de regulación y modulación afectiva y habilidades de afrontamiento cognitivo (Cohen et al., 2006), entre otras.

P – Psicoeducación	<p>Es uno de los componentes más importantes. Si bien se aplica como primer componente, su participación continúa a lo largo de la intervención, y persigue diversos objetivos.</p> <p>1) Nos introduce en la intervención, ya que explicamos el método TF-CBT, lo que ayuda a mejorar el nivel de compromiso con la terapia, evitando el desistimiento prematuro.</p> <p>2) Permite explicar cómo se desarrollan las situaciones traumáticas, las consecuencias que pueden acarrear, y normalizar las respuestas y síntomas, explicar lo que se ha encontrado en la exploración clínica que hemos realizado.</p>
P – Habilidades parentales	<p>La importancia de trabajar sobre las mismas radica en las modificaciones que se puedan haber generado, a raíz del trauma y sus consecuencias, en rutinas y habilidades parentales. Es fundamental averiguar si las dificultades en este campo anteceden al trauma.</p> <p>Se explora y trabaja con los mecanismos utilizados en la familia para regular la conducta del niño o niña tanto antes del evento traumático, como posteriormente al mismo. Trabajar sobre este punto mejora la sintomatología depresiva en los niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Se les enseñan técnicas como dar elogios ante buenas conductas, atención selectiva, tiempo fuera, programas de refuerzo de contingencias, etc.</p> <p>Es importante ser conscientes que el apoyo familiar adecuado reduce las posibilidades de sintomatología asociada en la edad adulta (Godbout et al., 2014).</p>

<p>R – Técnicas de relajación</p>	<p>Brindar estas herramientas ayuda a reducir las manifestaciones psicósomáticas del estrés y del TEPT, como la hipervigilancia, agitación, dificultades para dormir, irritabilidad y respuestas de ira. Todas ellas ocurren por una hiperactivación del sistema de afrontamiento al estrés, y es importante que ayudemos a compensarlo.</p> <p>Es de los primeros componentes en incorporarse a la terapia para ayudar a controlar los niveles de estrés que puedan desarrollarse durante la misma y entre las sesiones; siendo especialmente importante cuando se utilice la exposición in vivo.</p> <p>Brindaremos herramientas para focalizarse en la respiración, mindfulness o meditación, relajación muscular progresiva, relajación para padres y otras técnicas diversas.</p>
<p>A – Aprender a identificar, expresar y modular emociones:</p>	<p>Desde la relación terapéutica y la psicoeducación sobre la necesidad de manifestar emociones “buenas” y “malas” se trabaja en la expresión de emociones y en la identificación de las mismas, especialmente en niños y niñas pequeños que no han adquirido el vocabulario necesario para realizar este tipo de tarea o cuán intensos son esos sentimientos.</p> <p>Existen diversas maneras para trabajar sobre la identificación de las emociones, como cuentos infantiles, películas, listas con emociones, colores que las representen, que deben utilizarse hasta que el niño, niña o adolescente sea capaz de identificar y distinguir una amplia variedad de ellas. A medida que se logra una estabilidad, el terapeuta comienza a indagar sobre las emociones presentes en momentos de sintomatología o al recordar el evento traumático, siendo esta la parte fundamental del tratamiento. El trabajo emocional también se lleva a cabo con los cuidadores principales, brindando un entorno seguro y cómodo para la expresión emocional.</p> <p>Para conseguir un cambio en emociones displacenteras, se propone la interrupción de los pensamientos intrusivos, el diálogo autodirigido positivo, mejorar la sensación de seguridad del niño, niña o adolescente en el momento actual, así como habilidades sociales y para la resolución de problemas, preparándolos para el siguiente paso.</p>
<p>C – Conectar pensamientos, emociones y comportamientos:</p>	<p>El trabajo con la triada cognitiva requiere, necesariamente, de la superación del nivel anterior; esto permitirá que se haga una correcta distinción entre lo que son emociones y lo que son cogniciones propias del diálogo interno. Esta distinción es importante para poder generar pensamientos alternativos que ayuden a modificar, conjuntamente, los sentimientos que acompañan.</p> <p>Una vez que esto queda asentado, se trabaja sobre cómo ambos factores influyen en el comportamiento y la relación del mismo con las respuestas del entorno.</p> <p>Asimismo, es importante trabajar con los pensamientos de culpa que vayan surgiendo, así como con todos aquellos que sean inadecuados, ofrecer un entorno seguro y validante, y técnicas de</p>

relajación que permitan sentirse contenidos y poder expresarse. El procesamiento cognitivo suele ocurrir luego de la creación de la narrativa del trauma.

### **7.3.2. Fase 2: narración del trauma y procesamiento**

Aquí se incluye sólo el componente de narración del trauma y procesamiento cognitivo (T), es la fase más intensa y extensa del modelo, ya que es donde se trabaja de manera directa con la situación traumática.

El tratamiento actúa sobre las distorsiones cognitivas que la víctima ha desarrollado durante el abuso y sobre los síntomas que presenta. Hablar sobre el abuso, por tanto, supone el primer paso para romper el silencio y el sentimiento de aislamiento que acompaña a la víctima. Recordar y describir lo que se ha vivido sirve para reducir la tendencia a la disociación y a la negación que presentan muchas víctimas de abuso sexual y que ha servido como estrategia adaptativa mientras el abuso se ha producido (Macfie et al., 2001).

El hecho de volver a experimentar los sentimientos asociados al abuso es una pieza clave dentro de la terapia, siendo un objetivo prioritario de la intervención en los casos en los que la víctima presenta trastorno por estrés postraumático complejo. Esta forma del trastorno deriva de experiencias traumáticas prolongadas y repetidas en la infancia, lo que conduce al niño a utilizar estrategias de afrontamiento disociativas que le permiten, mientras se encuentra en esta situación de riesgo, continuar con su vida de forma adaptativa (véase el manual de Ford y Courtois, 2013).

Tiene como objetivo principal desvincular los pensamientos y recuerdos del evento adverso de aquellas emociones displacenteras que puede conllevar (terror, horror, desesperanza, ansiedad, vergüenza, etc.).

Se busca que el niño, niña o adolescente explique, paulatinamente, con mayor nivel de detalles todo lo acontecido antes, durante y después de la experiencia. Un punto central de esta explicación son las emociones sentidas en cada momento del relato, con lo cual vemos cómo se asienta sobre el trabajo de la fase previa.

T- Narración del trauma:	<p>Puede ser útil, utilizar algún medio material en donde se desarrolle la historia del trauma (libro, poema, película, etc.) que sirva de ejemplo. Cuando lo pasamos a su propia historia, podemos comenzar por datos no traumáticos. Puede ser necesario que, en una primera instancia, los niños, niñas o adolescentes brinden explicaciones desde la perspectiva actual, para luego adentrarse en una explicación detallada y como si estuviese pasando.</p> <p>En caso de haber vivido más de un suceso, se comenzará por aquél que genere mayor malestar, pudiéndose crear diversas narraciones cuando los implicados son diferentes.</p> <p>Al compartir los pensamientos y emociones, el terapeuta puede ayudar a recodificar la información utilizando lo aprendido en la fase anterior. La narración del trauma debe ser entendida como un proceso, más que como un producto.</p>
--------------------------	---

	Este componente ha sido señalado como muy importante en la efectividad de la terapia, reduciendo el miedo y la ansiedad, y optimizando los resultados a largo plazo (Deblinger et al., 2011).
Procesamiento cognitivo:	<p>Una vez creada y trabajada la narración del trauma, el terapeuta debe identificar, explicar y corregir, junto al paciente, las cogniciones desadaptativas.</p> <p>Sabemos que estamos ante ellas porque son absolutamente falsas o implican la generalización de situaciones que no necesariamente son así. Debemos enfatizar la responsabilidad personal de elegir si mantenemos las cogniciones previas o si, por el contrario, las modificamos, siendo esto especialmente importante en casos resistentes.</p> <p>De manera paralela, se trabaja con las distorsiones que puedan tener los cuidadores principales sobre su responsabilidad ante el trauma y sobre el registro emocional de las mismas.</p>

### 7.3.3. Fase 3: consolidación y cierre

Se realiza una integración centrada en los últimos tres componentes (ICA). Si bien siempre se trabaja con la familia, en esta fase se realizan sesiones conjuntas. El objetivo principal es mejorar la seguridad y el desarrollo normativo del niño, niña o adolescente.

I – Dominio sobre los recuerdos traumáticos:	<p>Este es el único componente de la TF-CBT que es opcional, ya que cuando el miedo es experimentado ante diversas situaciones será difícil llevarlo adelante.</p> <p>Se utiliza en niños que evitan situaciones seguras o inocuas, generándose interferencia en la capacidad de desarrollarse correctamente. La exposición in vivo es la técnica que se usa para disminuir el malestar que generan las situaciones temidas. El problema principal que entrafia la evitación es lo poderosa que es, y la auto-retroalimentación que se genera al calmar las emociones negativas al evitar situaciones o lugares angustiantes; es por ello que debe proponerse la exposición, ya que esta es el arma más efectiva contra la evitación.</p> <p>Para llevarlo adelante se crea un plan de exposición progresiva que permite trabajar el miedo desde menor intensidad hasta la máxima de manera segura, es aquí donde más se utilizan las técnicas de relajación aprendidas en la primera fase.</p>
C – Sesiones conjuntas con la familia:	<p>Llevar adelante la TF-CBT requiere de realizar sesiones conjuntas (cuidadores-paciente) donde revisaremos y aportaremos información, practicaremos las habilidades parentales enseñadas, compartiremos la narrativa del trauma que se hizo, y donde se podrá adquirir una mayor apertura comunicativa.</p> <p>La finalidad de estos encuentros es proveer la oportunidad que padres e hijos practiquen las habilidades trabajadas, comprometiéndolos en la relación, con la finalidad que el niño, niña o adolescente sienta más comodidad al hablar sobre el trauma con sus cuidadores, así como de otras cuestiones que se considere oportunas trabajar.</p>



	Estas sesiones deben estar bien estructuradas y no pueden tener lugar hasta que los padres no tengan suficiente autocontrol emocional. No hacerlo podría suponer un retroceso en el trabajo con el paciente.
A – Mejora de la seguridad y el desarrollo futuro:	<p>Que esté al final no significa, necesariamente, que debe ser lo último que se trabaje, ya que puede incorporarse desde el inicio. Se trata de realizar un entrenamiento en habilidades de seguridad personal, adquiriendo especial relevancia en experiencias de violencia interpersonal.</p> <p>La idea es crear, conjuntamente, un plan de contingencia para circunstancias que son plausibles de generar inseguridad, incluyendo todas aquellas nuevas situaciones a las que deba enfrentarse el niño o niña (cambio de colegio o de ciudad).</p> <p>Para mejorar la sensación de seguridad, debemos tener muy en cuenta lo que trabajemos en nuestro plan de exposición in vivo de pasos anteriores, ya que esta puede suponer una base para la seguridad y erradicar el miedo.</p>

Como podemos observar, esta terapia requiere de una gran flexibilidad (como comentábamos en sus componentes básicos) para adecuarla a las necesidades de cada consultante. Si no tenemos en cuenta el caso particular, las principales dificultades y consecuencias que la situación ha generado, difícilmente podamos intervenir de manera adecuada.

#### 7.4. Conclusiones

Más allá de su efectividad constatada, en los últimos años se han realizado diversos estudios para medir también la eficacia de la TF-CBT, es decir, si realmente es útil en la práctica con poblaciones y situaciones traumáticas diversas, más allá de la experiencia de abuso sexual infantil.

Así, la TF-CBT ha demostrado su eficacia en casos de victimización sexual, maltrato físico y emocional, exposición a violencia familiar y comunitaria, desastres naturales, accidentes de tránsito, enfermedades graves, niños y niñas soldado, entre otros (Cohen et al., 2017; NICE, 2018).

Podemos, por tanto, concluir, que es uno de los modelos terapéuticos con un mayor número de estudios que avalan su uso desde la evidencia empírica y, sin lugar a dudas, es el modelo a seguir si se quiere llevar a cabo una intervención psicológica efectiva y eficaz con niños y niñas víctimas de sucesos violentos.

Cabe destacar la importancia de la formación del profesional en los resultados que se obtengan de la aplicación de la TF-CBT, dado que se ha observado que aquellos profesionales que se perciben como más competentes en el modelo (Espeleta et al., 2021) y que se mantienen fieles a los componentes de éste (Amaya-Jackson et al., 2018) son aquellos cuyos pacientes muestran una mayor mejoría en sus síntomas postraumáticos.

## 7.5. Referencias

- Allen, B., & Hoskowitz, N. A. (2016). Structured Trauma-Focused CBT and unstructured play/experiential techniques in the treatment of sexually abused children: A field study with practicing clinicians. *Child Maltreatment, 22*(2), 112–120.
- Amaya-Jackson, L., Hagele, D., Sideris, J., Potter, D., Briggs, E. C., Keen, L., ... & Socolar, R. (2018). Pilot to policy: statewide dissemination and implementation of evidence-based treatment for traumatized youth. *BMC Health Services Research, 18*(1), 1–14.
- American Academy of Children & Adolescent Psychiatry. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of American Academy of Children & Adolescent Psychiatry, 49*(4), 414–430.
- Cary, C. E., & McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review, 34*, 748–757.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7–18.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., ... Woody, S. R. (1998). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49*, 5–18.
- Cohen, J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. P. (2010). Trauma-Focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse & Neglect, 34*, 215–224.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2nd ed). The Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined Trauma-Focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 811–819.

- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety, 28*, 67–75.
- Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child Abuse & Neglect, 65*, 132–139.
- Espeleta, H. C., Peer, S. O., Are, F., & Hanson, R. F. (2021). Therapists' Perceived Competence in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy and Client Outcomes: Findings From a Community-Based Learning Collaborative. *Child Maltreatment, 10775595211003673*.
- Ford, J.D., & Courtois, C.A. (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*, CD006726.
- Godbout, N., Briere, J., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2014). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect, 38*, 317–325.
- Griffin, J. L., & Wozniak, J. (2019). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. En V. G. Carrión (Ed.), *Assessing and treating youth exposed to traumatic stress* (pp. 185-205). American Psychiatric Association Publishing.
- Harvey, S. T., & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 30*, 517–535.
- Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M., & Montgomery, B. S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect, 31*, 125–141.
- de Jong, R., Alink, L., Bijleveld, C., Finkenaauer, C., & Hendriks, J. (2015). Transition to adulthood of child sexual abuse victims. *Aggression and Violent Behavior, 24*, 175–187.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 647–657.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology, 13*(2), 233–254.

- NICE. (2018). *Post-traumatic stress disorder: Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in children and young people*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(1), 67–93.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., Amaya-Jackson, L., (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 156–183.
- Skowron, E., & Reinemann, D.H.S. (2005). Effectiveness of psychological interventions for child maltreatment: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(1), 52–71.
- Thyer, B. A. (2004). What is evidence-based practice? *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*(2), 167–176.
- van Toledo, A., & Seymour, F. (2013). Interventions for caregivers of children who disclose sexual abuse: A review. *Clinical Psychology Review, 33*, 772–781.
- Trask, E. V., Walsh, K., & DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 16*, 6–19.

## 8. Hacia una adecuada implementación de la formación y capacitación de los profesionales en el modelo Barnahus

*Laura Andreu y Diego A. Díaz-Faes*

Una vez expuesto el contenido y características de la formación, es necesario abordar la manera en que se presenta este conocimiento y las herramientas que se emplean para transmitirlo y consolidarlo. Este aspecto resulta fundamental para que los profesionales puedan adquirir las competencias requeridas. Por esta razón, en este tema se detallan aspectos críticos y transversales para lograr una adecuada implementación de la formación, que posibilite la capacitación de los profesionales.

A nivel conceptual, la implementación se define como: “el estudio científico de los métodos para promover la incorporación sistemática de los resultados de la investigación y otras prácticas basadas en la evidencia a la práctica habitual” (Eccles y Mittman, 2006). Por tanto, persigue dos objetivos principales (Bauer y Kirchner, 2020):

- Identificar las barreras y los facilitadores de la incorporación de nuevos avances a través de múltiples niveles contextuales (individuos en tratamiento, proveedores, organización y otros grupos interesados).
- Desarrollar y aplicar estrategias de implementación que superen estas barreras y mejoren los facilitadores para aumentar la incorporación de innovaciones clínicas basadas en la evidencia.

### 8.1. Implementación de la formación

#### *8.1.1. Consideraciones generales*

En el campo de la actuación y asistencia en infancia y adolescencia, los enfoques de implementación tradicionales no siempre resultan los más útiles. Por eso, Albers et al. (2017) proponen alejarse de ellos y centrarse en aquellos módulos o elementos específicos que hayan demostrado ser más eficaces. Adquieren entonces gran importancia el contexto concreto y los objetivos específicos de cada intervención para decidir cómo se ejecutará y en qué elementos se focalizará. En ese sentido, las temáticas concretas de las que se compone la formación para los profesionales de las Barnahus son específicas y focalizadas, lo que sigue esta línea de trabajo propuesta.

No obstante, a menudo es difícil implementar la formación basada en la evidencia ajustándola al campo de trabajo y a los profesionales o destinatarios. Albers et al. (2021) proponen una interesante figura de apoyo a la implementación, que cubriría precisamente esa necesidad. Se trata de unos profesionales que tendrían la función de ofrecer soporte a la implementación de los programas y la formación basados en la evidencia. Así pues, esta figura de apoyo puede ser útil en la implementación de estrategias relacionadas con la formación y la educación, así como en la evaluación e integración de estas, entre otras posibilidades.

La implementación de estrategias basadas en la evidencia puede conseguir producir mejoras en la salud pública, pero el proceso mediante el cual estas se implementan puede determinar si finalmente se alcanzan los objetivos establecidos. Para apoyar esta finalidad el Interagency Collaborative Team process (ICT) es un modelo que persigue apoyar intervenciones multidisciplinares de servicios públicos en grandes áreas geográficas. El modelo ICT pretende aumentar el funcionamiento eficaz del equipo mediante la creación de una mayor confianza y colaboración entre las instituciones participantes (Hurlburt et al., 2014), lo que encaja con la filosofía del modelo Barnahus.

### **8.1.2. Introducción a la implementación**

La implementación consta de diversas dimensiones y conceptos clave que es necesario conocer (Shelton et al. 2020). De forma sintética, estos se pueden describir a través de uno de los modelos estructurales más utilizados, el EPIS (Aarons et al., 2011), que destaca cuatro fases sucesivas del proceso de implementación: Exploración, Preparación/Adopción, Implementación y Mantenimiento. Por su parte, Koh et al. (2020) introdujeron una variante con cinco dominios principales: Evaluación del contexto/Selección, Difusión, Adaptación, Implementación y Mantenimiento.

En cualquier caso, el primer dominio incluye una evaluación exhaustiva del contexto y el entorno, la evaluación de la aceptabilidad y adecuación de las estrategias de implementación entre las partes interesadas, la comprensión de la capacidad organizativa, el clima y la preparación para llevar a cabo la intervención, y la evaluación de otros factores identificados por las partes interesadas como importantes para influir en la implementación sobre el terreno.

En relación con la difusión, existe un consenso generalizado en la literatura de que los enfoques pasivos, como la publicación de directrices, los envíos masivos de correos y las publicaciones en revistas, no han sido eficaces; mientras que los enfoques que involucran activamente a los participantes (por ejemplo, medios de comunicación, redes sociales, informes políticos, talleres, seminarios y reuniones individuales) resultan más eficaces.

En cuanto a la implementación, en sí misma, las estrategias se han clasificado en seis grupos, que incluyen la *exploración/planificación* (por ejemplo, evaluación de las necesidades locales), la *educación* (por ejemplo, manuales de formación, entrenamiento), la *financiación* (por ejemplo, incentivos, reestructuración del personal), la *gestión de la calidad* (por ejemplo, sistemas de gestión de datos) y la *atención al contexto político* (por ejemplo, acreditación).

Respecto al mantenimiento, investigaciones recientes lo consideran un proceso independiente de la implementación (Birken, 2020). Sin embargo, no hay suficiente evidencia para determinar cómo sustentar las estrategias una vez implementadas. Por lo que algunas teorías, como la institucional (Birken, 2020), sugieren que las organizaciones pueden ser más propensas a mantener las prácticas si están bajo presión mimética, coercitiva o normativa.

## 8.2. Tipos de implementación

Para comprender la importancia de este punto, a continuación, se analizan las estrategias de desarrollo de capacidades implementadas en el ámbito de la salud pública (DeCorby-Watson et al., 2018).

Estas intervenciones pueden ser asistencia técnica, asesoramiento, sesiones de formación virtuales, formación online o presencial, aprendizaje online, a través de materiales de orientación o cursos basados en habilidades. Se detallan a continuación los resultados de los escasos estudios de eficacia de estas intervenciones:

### Enseñanza online

Mejora el conocimiento y las habilidades en comparación con la no-enseñanza. Sin embargo, no obtiene mejores resultados que otros tipos de enseñanza (por ejemplo, la formación presencial). Los factores que influyen en esta intervención dependen del objetivo que se persiga. Si el objetivo es aumentar el conocimiento de los asistentes resultan más eficaces las intervenciones que poseen un componente de discusión; mientras que, si el objetivo es aumentar las habilidades de los participantes, la realización de ejercicios prácticos resulta más eficaz.

### Educación mediante aprendizaje autodirigido

Se considera aprendizaje autodirigido aquel en el que:

- el profesor actúa como moderador y no como fuente de recursos,
- los alumnos son quienes buscan las fuentes y las estrategias,
- y se incluye un módulo de autoevaluación de los conocimientos/habilidades adquiridos.

Este tipo de intervención produce mejoras sólo en los alumnos que están más implicados y que poseen un conocimiento más avanzado. La interactividad, la duración o el tiempo transcurrido entre la intervención y la evaluación no son factores que supongan diferencias significativas en el impacto de este tipo de enseñanza. De hecho, el metaanálisis de Murad (2008) expone que el aprendizaje autodirigido ofrece un efecto moderado superior frente a la enseñanza tradicional, pero sólo en términos de aumento del conocimiento, no en la mejora de habilidades.

### Talleres y formación

Estas intervenciones consiguen mejoras en conocimientos, habilidades, autoeficacia, cambios en la práctica o en las políticas, cambios en la conducta y en la aplicación de los conocimientos. En relación con el conocimiento, han demostrado producir un aumento cuantitativo y cualitativo de éste. En cuanto a las habilidades existe evidencia de ganancias en las destrezas tras la formación; las mejoras en autoeficacia se traducen en un aumento de la confianza y la comodidad en los temas tratados, una mayor implicación, mejor autopercepción de sus capacidades y sentimientos de empoderamiento y motivación. Finalmente, las formaciones han conseguido promover un aumento de las políticas y actuaciones en torno a las temáticas tratadas.



### Asistencia técnica

El apoyo personalizado a través de consultorías o reuniones ha demostrado aumentar el conocimiento, las habilidades, el liderazgo y la autoeficacia.

En la implementación, por tanto, es importante fijarse en cómo se presentará y distribuirá a los usuarios el contenido dentro de un tipo de intervención específica, y es aquí donde cobran importancia las organizaciones y empresas que proveen de recursos a los interesados en ejecutar un programa o una formación. Las estrategias que estas organizaciones utilizan y que han demostrado tener más éxito han sido la distribución de materiales formativos –por ejemplo, manuales y guidelines– tanto en persona, como por correo y electrónicamente, el diseñar la formación para que esta sea interactiva, o el desarrollo de materiales para facilitar el proceso educativo (Proctor et al., 2019).

### **8.3. Aspectos relevantes durante el proceso de implementación**

Los aspectos ambientales, como el entorno laboral, pueden influir en la transferencia de la formación en el ámbito de la salud, por lo que es importante tener en cuenta el contexto organizativo. En general, destacan las redes de apoyo, comunicación y una cultura de trabajo positiva, de forma que el clima de implementación y la preparación para la implementación pueden facilitar la transferencia de la formación (Jackson et al., 2019). Un ejemplo de las posibles dificultades lo muestran Jacobson et al. (2018), quienes resaltan la estructura jerárquica como uno de los principales impedimentos a la hora de implementar un cambio en el modelo de atención primaria dificultando la toma de decisiones de forma multidisciplinar.

Del mismo modo, los factores contextuales pueden influir en el comportamiento de los profesionales (Powell et al., 2016). Los factores organizacionales, legislativos, económicos, políticos y sociales pueden afectar al desempeño de los profesionales, por lo que los autores proponen emplear estrategias de implementación multifacéticas y multinivel para lograr la implementación generalizada de prácticas basadas en evidencia de forma realista.

Durante el proceso de implementación de la formación también participan los intermediarios. Éstos son organizaciones que trabajan con los responsables políticos y los proveedores de servicios para facilitar la aplicación efectiva de políticas, programas y prácticas basadas en la evidencia. Un ejemplo de ello es la propuesta de Bullock et al. (2018), que muestra cómo se puede construir una infraestructura interna creando una red adecuada entre los diferentes sistemas para apoyar la aplicación de políticas y lograr mejores resultados a través de la implicación tres sistemas diferentes de salud mental.

Además, en consonancia con los aspectos centrales basados en el trabajo en equipo y la coordinación, a la que hacíamos mención en apartados anteriores de este trabajo, una propuesta muy interesante que busca asegurar el éxito en la implementación de programas homólogos o de características similares es el modelo de Equipos de Desarrollo Comunitario (CDT). El objetivo de los CDT es crear una red para la resolución de problemas y el intercambio de recursos para aumentar la probabilidad de éxito en

sus programas. Esta idea es especialmente importante para el desarrollo del modelo Barnabus.

#### 8.4. Referencias

Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 38*(1), 4–23.

Albers, B., Metz, A., Burke, K., Bührmann, L., Bartley, L., Driessen, P., & Varsi, C. (2021). Implementation support skills: Findings from a systematic integrative review. *Research on Social Work Practice, 31*(2), 147–170.

Albers, B., Mildon, R., Lyon, A. R., & Shlonsky, A. (2017). Implementation frameworks in child, youth and family services—Results from a scoping review. *Children and Youth Services Review, 81*, 101–116.

Bauer, M. S., & Kirchner, J. (2020). Implementation science: what is it and why should I care? *Psychiatry Research, 283*, 112376.

Birken, S. A., Haines, E. R., Hwang, S., Chambers, D. A., Bungler, A. C., & Nilsen, P. (2020). Advancing understanding and identifying strategies for sustaining evidence-based practices: a review of reviews. *Implementation Science, 15*, 88.

Bullock, H. L., & Lavis, J. N. (2019). Understanding the supports needed for policy implementation: a comparative analysis of the placement of intermediaries across three mental health systems. *Health Research Policy and Systems, 17*(1), 1–13.

DeCorby-Watson, K., Mensah, G., Bergeron, K., Abdi, S., Rempel, B., & Manson, H. (2018). Effectiveness of capacity building interventions relevant to public health practice: A systematic review. *BMC Public Health, 18*, 684.

Eccles, M. P., & Mittman, B. S. (2006). Welcome to implementation science. *Implementation Science, 1*, 1.

Hurlburt, M., Aarons, G. A., Fettes, D., Willging, C., Gunderson, L., & Chaffin, M. J. (2014). Interagency collaborative team model for capacity building to scale-up evidence-based practice. *Children and Youth Services Review, 39*, 160–168.

Jackson, C. B., Brabson, L. A., Quetsch, L. B., & Herschell, A. D. (2019). Training transfer: A systematic review of the impact of inner setting factors. *Advances in Health Sciences Education, 24*(1), 167–183.

Jacobson, N., Johnson, R., Deyo, B., Alagoz, E., & Quanbeck, A. (2019). Systems consultation for opioid prescribing in primary care: a qualitative study of adaptation. *BMJ Quality & Safety, 28*(5), 397–404.

- Koh, S., Lee, M., Brotzman, L. E., & Shelton, R. C. (2020). An orientation for new researchers to key domains, processes, and resources in implementation science. *Translational Behavioral Medicine, 10*(1), 179–185.
- Murad, M. H., Coto-Yglesias, F., Varkey, P., Prokop, L. J., & Murad, A. L. (2010). The effectiveness of self-directed learning in health professions education: A systematic review. *Medical education, 44*(11), 105–1068.
- Proctor, E., Hooley, C., Morse, A., McCrary, S., Kim, H., & Kohl, P. L. (2019). Intermediary/purveyor organizations for evidence-based interventions in the US child mental health: Characteristics and implementation strategies. *Implementation Science, 14*, 3.
- Saldana, L., & Chamberlain, P. (2012). Supporting implementation: the role of community development teams to build infrastructure. *American Journal of Community Psychology, 50*(3–4), 334–346.
- Shelton, R. C., Lee, M., Brotzman, L. E., Wolfenden, L., Nathan, N., & Wainberg, M. L. (2020). What is dissemination and implementation science?: An introduction and opportunities to advance behavioral medicine and public health globally. *International Journal of Behavioral Medicine, 27*(1), 3–20.