

Validación de un Cuestionario para la Valoración de Abuso Sexual Infantil en Contexto Educativo: Adaptación para Alumnado con Discapacidad Intelectual

Validation of a Questionnaire for the Assessment of Child Sexual Abuse in the Educational Context. Adaptation for Students with Intellectual Disabilities

Alicia Rodríguez-Gómez¹ y Marta Becerril²

Resumen

El Abuso Sexual Infantil (ASI) no se suele detectar en el momento en que sucede y puede transcurrir mucho tiempo desde que se produce la revelación por parte de la víctima o se detecta, existiendo la posibilidad de que esto nunca ocurra. Las personas con discapacidad son especialmente vulnerables a sufrirlo. En el ámbito educativo, el personal docente desarrolla un grado de interacción con el alumnado que facilita su observación en un entorno natural durante largos periodos de tiempo. Esto permite considerarlo como un agente clave en la detección de sospechas de casos de ASI. Sin embargo, el personal docente puede no sentirse suficientemente preparado, necesitando herramientas que guíen dicha detección. Este artículo presenta la validación de contenido, mediante Juicio de Expertos, siguiendo el Método Delphi, de un cuestionario para valorar indicios de ASI en menores de 3 a 12 años en entornos educativos. El instrumento presenta una adaptación para el alumnado con discapacidad leve y moderada.

Palabras clave: Abuso Sexual Infantil (ASI), cuestionario, discapacidad intelectual, profesores, juicio de expertos

Abstract

Child Sexual Abuse (CSA) is not usually detected at the time it happens and it may take a long time for the disclosure by the victim to occur or to be detected, with the possibility that it may never occur. People with disabilities are particularly vulnerable. In the educational setting, teachers develop a degree of interaction with students that facilitates their observation in a natural environment for long periods. This allows them to be considered as a key agent in the detection of suspected cases of CSA. However, teachers may not feel sufficiently prepared, needing tools to guide such detection. This article presents the content validation, by Expert Judgement, following the Delphi Method, of a questionnaire to assess signs of CSA in children aged 3 to 12 years in educational settings. The instrument has been adapted for students with mild and moderate disabilities.

Keywords: Child Sexual Abuse (CSA), questionnaire, intellectual disabilities, teachers, expert judgement

¹Doctora en Neurociencias Experimentales, Licenciada en Psicología. Profesora e Investigadora de la Facultad de Educación. Universidad Internacional de la Rioja. Paseo de la Castellana, 163, 28046, Madrid. España. Tel.: 0034 902052027. Correo: alicia.rodriguez@unir.net

²Doctora en Psicología y Diplomada en Magisterio de Educación Primaria. Profesora e Investigadora de la Facultad de Educación. Universidad Internacional de la Rioja. Paseo de la Castellana, 163, 28046, Madrid. España. Tel.: 0034 902052027. Correo: marta.becerril@unir.net.

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · N°74 · Vol. 4 · 5-18 · 2024

ISSN: 1135-3848 print /2183-6051online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Introducción

El Abuso Sexual Infantil (ASI) es uno de los principales tipos de maltrato hacia la infancia. Entre las diversas definiciones existentes destaca la desarrollada por el National Center of Child Abuse and Neglect (1978) que conceptualiza el ASI haciendo referencia a los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto usa al niño para estimularse sexualmente a él mismo, al niño o a otras personas, pudiendo ser también cometido por una persona menor de 18 años, cuando el agresor es significativamente mayor que el niño o está en una posición de poder o control sobre otro menor. Según Pereda (2010, p. 72-73) “esta definición es una de las más completas y ampliamente utilizadas en el ámbito profesional porque conceptualiza el ASI considerando el criterio de coerción, de asimetría de edad o desigualdad madurativa y englobando dentro del mismo los contactos sexuales, las formas de explotación sexual y la presencia de conductas sin contacto físico”.

El ASI es un fenómeno complejo cuya revelación temprana por parte de las víctimas suele ser difícil y poco frecuente. Las principales causas de esta ocultación hacen referencia a la falta de comprensión que pueden tener los niños acerca de lo que les sucede cuando están siendo víctimas de abuso, a los sentimientos de vergüenza, miedo o culpabilidad que pueden llegar a experimentar y a la percepción de que ante una revelación acerca de los abusos, estos no sean creídos. También debe considerarse que el agresor tiende a utilizar estrategias de coerción más o menos explícitas para silenciar al niño y pertenecer a su entorno familiar o de confianza. Con respecto a esto, varios estudios sugieren que en la mayoría de casos, el agresor es una persona conocida y perteneciente al entorno del niño (Krug et al., 2002; Putnam, 2003). Por su parte Losada (2010) describe que el 58% de los casos de ASI se producen en un contexto de carácter intrafamiliar, el 38% extrafamiliar y el 4% en ambos. Por ello, debe tenerse en cuenta que el ASI no suele detectarse en el momento en el que sucede, puede transcurrir mucho tiempo hasta la revelación por parte de la víctima o el descubrimiento por parte de otros, existiendo además, la posibilidad de que esto nunca ocurra (Echeburúa & de Corral, 2006).

En este contexto es complejo conocer la incidencia y prevalencia real del ASI, produciéndose, en muchos de los casos, una subestimación de los datos. A pesar de ello, un elevado número de estudios a nivel internacional constatan que es un problema de carácter global con altas tasas de prevalencia (Barth et al., 2013; Kloppen et al., 2016). En España, diversos estudios sobre la epidemiología de esta problemática indican que aunque los porcentajes varían en función de algunas variables como el sexo y el tipo de muestra analizada, entre un 10 y un 20% de la población comunitaria ha sido víctima de ASI (Pereda, 2016). También destaca el estudio de Ferragut et al. (2022) que determina la prevalencia de diferentes experiencias de ASI en una muestra representativa de la población española en términos de género, edad y región. Los resultados indican que las tasas de prevalencia se sitúan entre el 2,8% y el 18,5% variando en función del tipo de abuso sufrido. La experiencia de abuso con mayor prevalencia durante la infancia fue la exhibición de material pornográfico, mientras que la de menor fue ser obligado a realizar un acto sexual con penetración. Además destaca que la prevalencia fue mayor en las mujeres que en los hombres en la mayoría de experiencias consideradas y solamente el 27,5% de los participantes afirmó haber revelado el abuso en el momento que ocurrió.

Las personas con discapacidad intelectual constituyen una población especialmente vulnerable a sufrir abusos sexuales (Bailey, 1998; Tomsa et al., 2021). Esta vulnerabilidad también se describe en estudios que consideran específicamente muestras de población infantil (Briggs, 2006; Byrne, 2017; Fang et al., 2022). Según la OMS (2021) los niños con discapacidad intelectual presentan un riesgo de abuso sexual 4,6 veces mayor que el de los niños sin discapacidad. Incluso algunos estudios describen una mayor prevalencia en niños y adolescentes con discapacidad intelectual leve en comparación con los que presentan una discapacidad intelectual moderada o severa dado que los primeros tienen más oportunidades de participar activamente en contextos que implican la interacción con otros tales como el colegio o las actividades de ocio (Balogh et al., 2001). En la literatura se han descrito un conjunto de factores explicativos de dicha vulnerabilidad. Concretamente, destacan las

propias limitaciones cognitivas y de comunicación que pueden impedir a la persona con discapacidad reconocer y explicar la experiencia de abuso, la dependencia y sumisión presentes en las relaciones con otras personas de su entorno cercano, la ausencia de modelos de rol sexual adecuados, la falta de conocimiento acerca de la pertinencia de conductas sexuales inadecuadas y la falta de educación sexual (Verdugo et al., 2002). Otro factor explicativo hace referencia a la percepción del agresor de una mayor facilidad de cometer el abuso sexual contra las personas con discapacidad intelectual en comparación con aquellas sin discapacidad (Byrne, 2017). También se han destacado las necesidades de apoyo de esta población en ciertas tareas cotidianas que suponen una privación de su intimidad facilitadora del abuso, así como su dificultad para detectar señales de alerta indicativas de que se puede producir el mismo (Gil-Llario et al., 2019; Gil-Llario et al., 2020).

La detección precoz de ASI no es una cuestión sencilla y una de las principales vías de detección es la desarrollada por parte de otras personas mediante la observación de indicadores de este abuso en el niño. Al respecto, cabe destacar que los resultados de estudios previos permiten ir avanzando en el conocimiento acerca de los indicadores que tienen un valor en cuanto a ser indicativos de abuso sexual y favorecer la detección del mismo. Echeburúa y de Corral (2006) realizan una clasificación de los indicadores físicos (p.e., dolor o heridas en la zona genital o anal, dificultad para andar o sentarse y enfermedades de transmisión sexual), comportamentales (p.e., cambios bruscos de conducta, aislamiento y rechazo de las relaciones sociales, miedos y agresividad) y pertenecientes al ámbito sexual (conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad e interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos) que son más habituales en víctimas de ASI. Estos autores destacan la pertinencia de considerar diversos tipos de indicadores dado que las conductas sexuales a las que han sido sometidos los niños no siempre provocan manifestaciones físicas observables. En este estudio, también describen diversos síntomas como principales consecuencias a corto plazo que pueden presentar los niños víctimas de ASI. Concretamente, indican síntomas

asociados a consecuencias en el ámbito físico (problemas de sueño, cambios en los hábitos de comida y pérdida del control de esfínteres), conductual (hiperactividad y bajo rendimiento académico), emocional (miedo generalizado, hostilidad y agresividad, culpa y vergüenza, depresión, ansiedad, baja autoestima, rechazo del propio cuerpo, desconfianza hacia los adultos y trastorno de estrés postraumático), sexual (conocimiento sexual precoz o inapropiado para la edad, masturbación compulsiva, excesiva curiosidad sexual y conducta exhibicionistas) y social (déficit en habilidades sociales y retraimiento social). Por su parte, Pereda (2009) presenta una revisión de estudios a partir de la que elabora una descripción de las consecuencias psicológicas iniciales o a corto plazo del ASI. Concretamente, clasifica estas consecuencias en problemas emocionales (síntomatología postraumática, síntomas de ansiedad y depresión, baja autoestima, sentimientos de culpa y estigmatización e ideación y/o conducta suicida), problemas cognitivos (problemas de atención y concentración, bajo rendimiento académico y sintomatología hiperactiva), problemas de relación (problemas de relación social con iguales y adultos, menor cantidad de amigos y tiempo de juego con iguales y elevado aislamiento social), problemas funcionales (dificultades en las funciones físicas tales como problemas de sueño, del control de esfínteres, de la conducta alimentaria y quejas somáticas) y problemas de conducta (conductas sexualizadas, conformidad compulsiva y conductas disruptiva y disocial).

Los estudios que describen las características o consecuencias del ASI en la población con discapacidad intelectual son más limitados. Cabe destacar algunas revisiones de la literatura realizadas considerando estudios desarrollados con población adulta e infanto-juvenil. Concretamente, Sequeira y Hollins (2003) sugieren que los individuos con discapacidad intelectual que han sufrido abuso sexual presentan síntomas conductuales y psicopatológicos similares a los de las personas con un Cociente Intelectual (CI) medio o superior, aunque también alertan acerca de la necesidad de considerar estos resultados como provisionales debido a las limitaciones en los estudios revisados. Smit et al. (2019), en una revisión más reciente sobre las características

clínicas de los individuos con DI con discapacidad intelectual leve o funcionamiento intelectual límite, concluyen que el abuso sexual en las personas con esta discapacidad también se asocia a una amplia gama de características conductuales y psicológicas. Concretamente, describen que la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático son frecuentes tanto en las personas con y sin discapacidad intelectual que han sufrido abusos sexuales. Por otro lado, los trastornos de conducta, las autolesiones, el lenguaje sexual inapropiado y la falta de seguridad personal son más frecuentes en la población con esta discapacidad. De forma específica, destacan algunos estudios que comparan las consecuencias en niños y adolescentes que habían sufrido abusos sexuales con y sin discapacidad intelectual. Concretamente, Mansell et al. (1998) confirmaron la aparición de conductas sexualizadas, como conversaciones sexuales inapropiadas, síntomas de estrés postraumático y una escasa sensación de seguridad personal. Por su parte, Soyly et al. (2013) describieron que el comportamiento desafiante, el trastorno depresivo mayor y los síntomas de estrés postraumático estaban asociados al abuso sexual en niños y adolescentes con esta discapacidad.

En el proceso de detección, una cuestión destacable es que la manifestación de la sintomatología producida puede ser muy heterogénea, pudiendo ir desde el desarrollo de cuadros psicopatológicos graves hasta la ausencia de síntomas (Guerricaechevarría & Echeburúa, 2005; Kendall-Tackett et al., 1993). Además, algunos de los indicadores de ASI pueden estar presentes en otros trastornos de cierta frecuencia en la infancia tales como los trastornos del estado de ánimo o ansiedad. Esto lleva a la consideración de que no todos los indicadores tienen la misma capacidad para determinar la presencia o ausencia de abuso. Por ello, pueden observarse algunos indicadores asociados más directamente a la experiencia de abuso sexual. Entre estos destacan la revelación por parte de la víctima, los indicadores de carácter físico identificados mediante una exploración médica y el desarrollo de conductas sexualizadas por parte del niño. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que dependiendo del momento y tipo de abuso sufrido y otras variables de carácter individual o del contexto de la víctima, estos indicadores pueden no

llegar a producirse o detectarse. Así, en la literatura también se establecen otros indicadores de carácter menos específico, que aunque hacen referencia a síntomas generales que pueden estar asociados a otros tipos de maltrato, situaciones o trastornos, también pueden aportar información valiosa. Entre este tipo de indicadores pueden destacarse aquellos que se manifiestan en el ámbito emocional, conductual, social y cognitivo del niño. De este modo, en el proceso de detección debe tenerse en cuenta que no existe un cuadro sintomatológico específico que conlleve de forma inequívoca a la identificación del mismo. Igualmente, es necesario considerar que, aunque todos los indicadores no tienen el mismo valor discriminatorio, la valoración deberá ser de carácter global, evitando establecer una relación inequívoca entre la presencia o ausencia de único indicador para determinar que existe o no abuso sexual.

En el contexto educativo, el personal docente puede ser considerado un agente fundamental en la detección de posibles casos de ASI (Narang, 2018). Esto es debido a su conocimiento acerca de los patrones normativos de desarrollo infantil, la interacción diaria que mantiene con el alumnado en diferentes momentos y situaciones escolares, así como la posibilidad de comparar comportamientos entre niños de la misma edad. Igualmente el profesorado mantiene un contacto periódico con la familia que le permite observar ciertas interacciones del niño con la misma. En conjunto, estas condiciones posibilitan una observación continuada del alumnado y por tanto la identificación de posibles signos o cambios significativos en su conducta que pudieran ser indicadores de ASI. Sin embargo, tal y como destaca González-Torres (2003) los docentes se enfrentan a multitud de desafíos y problemáticas sociales que se manifiestan en el entorno escolar y cuya gestión puede exceder su formación. En relación a la detección del ASI, diversos estudios describen que el personal docente no se siente adecuadamente preparado para ello (Hinkelman & Bruno, 2008; Rúa et al., 2018). Aún así, cabe destacar que en España, el personal docente está obligado legalmente a notificar cualquier sospecha de ASI a las autoridades competentes para garantizar la seguridad de los niños, pudiendo implicar la omisión de esta comunicación una responsabilidad penal. Por ello, conseguir que el

profesorado sea un agente importante de detección del ASI y manejar adecuadamente la situación, debe ir vinculado a que reciba la capacitación pertinente y disponga de herramientas de detección que faciliten el reconocimiento de los indicadores de este tipo de abuso (Russo & González-Torres, 2019). En este contexto, la dotación de herramientas constituye una estrategia necesaria para identificar de forma temprana posibles casos de ASI, impidiendo la continuidad del abuso y reduciendo su impacto negativo a corto y largo plazo. Esto es especialmente necesario si se considera la detección temprana en la población infantil con discapacidad intelectual. Por tanto, el presente estudio pretende contribuir en el ámbito de la dotación de herramientas cuya aplicación se realice ante una sospecha de abuso y sirva como un recurso de apoyo al personal docente durante la fase inicial del protocolo de actuación de los centros educativos, contribuyendo a la recogida de información para la toma de decisiones sobre futuras acciones. Concretamente, se aborda una fase inicial en el desarrollo de este tipo de herramientas y tiene como objetivo evaluar la validez de contenido de una herramienta diseñada para ser utilizada por personal docente con el propósito de facilitar la detección de posibles casos de ASI en niños/as de 3 a 12 años, incluyendo, una adaptación para niños con discapacidad intelectual leve y moderada.

Método

La validez de contenido es el resultado que se alcanza cuando una muestra de posibles indicadores define lo que se pretende medir (Cohen & Swerdlik, 2001). En el presente estudio se ha utilizado como referencia metodológica, la propuesta de validación de contenido mediante juicio de expertos/as planteada por Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008). En el juicio de expertos/as se solicita la valoración del contenido a personas que son reconocidas como expertas de un tema en concreto, al poseer conocimientos extensos sobre el mismo. De esta manera pueden aportar información y sus juicios están basados en la evidencia. La elección de los expertos/as es de suma importancia y es trascendente que estos/as conozcan la temática debido a su formación académica o a su experiencia profesional. El juicio

de expertos/as es una metodología que presenta numerosos aspectos positivos (Cabero & Llorente, 2013). Como indican los mencionados autores, con esta técnica se obtienen respuestas de gran calidad y con un excelente nivel de profundización, siendo una estrategia que no implica el despliegue de muchos requisitos técnicos o humanos. Todas estas ventajas hacen que el uso de dicha estrategia esté ampliamente difundida para la validación del contenido de cuestionarios en diversos contextos de aplicación entre los que destaca el ámbito educativo (p.e., Sanz-Arazuri et al., 2013; Saracosti et al., 2021). En el proceso de validez de contenido, las opiniones de los/as expertos/as son tenidas en cuenta, lo que favorece el proceso de identificación de debilidades y de fortalezas del instrumento aunque no se hayan alcanzado acuerdos unánimes. Esto permite al investigador realizar un análisis con un gran nivel de profundización que le permitirá modificar aspectos del cuestionario en base a las aportaciones de los expertos/as.

El método Delphi (Dalkey & Helmer, 1963; Silva et al., 2002) es una tipología de juicio de expertos/as. En la misma, tras la valoración individual por parte de los/as expertos/as, se realiza el análisis estadístico y se les informa a los/as mismos/as sobre las puntuaciones otorgadas por el resto de participantes. Con ello, se persigue que estos puedan reflexionar sobre su propia valoración, teniendo en cuenta las valoraciones del resto de expertos/as. De este modo, en el caso de no haber alcanzado un consenso previamente definido, se realiza una ronda adicional de valoraciones que se repite hasta alcanzar dicho consenso.

Instrumento

La primera versión del cuestionario constaba de 62 ítems divididos en 2 dimensiones: indicadores en el menor (compuesta por 57 indicadores) e indicadores en el contexto familiar (compuesta por 5 indicadores). La dimensión de los indicadores en el menor constaba de las siguientes subdimensiones: indicadores físicos (8 indicadores), indicadores funcionales (7 indicadores), indicadores cognitivos (4 indicadores), indicadores emocionales (7 indicadores), indicadores comportamentales (17 indicadores) e indicadores relacionales (14 indicadores).

A estas dimensiones, se incluyó un apartado denominado “Valoración general del cuestionario”. Al ser este un apartado abierto, los/as expertos podían añadir la información que desearan, de carácter cualitativo, con el fin de aportar información adicional que permitiese mejorar el diseño del instrumento.

Cabe destacar que 2 de los 62 indicadores eran específicos para valorar sospechas de ASI en niños/as con discapacidad leve y moderada: el 4.6 y el 6.14, pertenecientes a las dimensiones de indicadores emocionales e indicadores relacionales respectivamente. Además, se adaptaron otros 2 indicadores con este mismo objetivo: el 5.2 (adaptación del 5.1) y el 5.4 (adaptación del 5.3), pertenecientes a la dimensión de indicadores comportamentales.

En el presente estudio, siguiendo la propuesta de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008), los/as expertos/as tuvieron que puntuar individualmente cada uno de los indicadores considerando los criterios de evaluación de *claridad*, *coherencia* y *relevancia*. También puntuaron cada dimensión teniendo en cuenta el criterio de *suficiencia*. Estos criterios se puntuaron mediante una escala likert de 1-4. Los/as expertos/as recibieron un correo electrónico que incluía una descripción del criterio en general, así como una exposición del significado de la puntuación de cada uno de los criterios en la escala likert. Se les indicó que disponían de un plazo de 15 días para poder remitir su evaluación.

Participantes

En un primer lugar se contactó con 26 posibles expertos/as. De éstos, 13 expertos/as accedieron a participar en la validación del cuestionario. Para formar parte del estudio como experto/a, era necesario tener formación y/o experiencia profesional en al menos uno de los siguientes ámbitos: Abusos Sexuales en la Infancia, atención a personas con discapacidad, metodología aplicada a ciencias sociales. Del total de expertos/as, 8 contaban con formación y/o experiencia en 1 de los ámbitos, siendo la relación la siguiente: 4 expertos/as en ASI, 2 expertos/as en atención a personas con discapacidad y 2 expertos/as en metodología. Además, 4 expertos/as contaban con experiencia en 2 ámbitos: 1 experto/a en ASI y en la atención a personas con discapacidad, 2 expertos/as en ASI y en metodología y 1 experto/a

en atención a personas con discapacidad y metodología. Para concluir, 1 experto/a contaba con formación y/o experiencia en los 3 ámbitos.

De los 13 expertos/as, 11 eran mujeres y 2 eran hombres. La experta más joven tenía 29 años, y la mayor 65 años. La media de edad de los/as expertos/as era de 44,8 años. La persona con menor trayectoria profesional contaba con 7 años de experiencia, y la persona más veterana contaba con más de 40, situándose la media en 20,2 años. La mayoría de los /as expertos/as residía en España, excepto una, que lo hacía en Perú.

Procedimiento

Se solicitó la evaluación por parte del Comité de Ética de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR). Una vez obtenida, los/as expertos/as cumplieron una ficha de adhesión al estudio en la que incluyeron los siguientes datos: nombre y apellidos, género, lugar de residencia, titulación académica, puesto de trabajo, área de experiencia, años de experiencia profesional y correo electrónico.

La primera versión del cuestionario, fue enviada a los/as expertos mediante la herramienta Google Forms. Los/as expertos/as dispusieron de 15 días para enviar sus valoraciones del cuestionario, siguiendo los criterios de evaluación mencionados en el apartado anterior. Puesto que el consenso previamente definido se alcanzó tras la primera ronda, no fue necesario repetir el procedimiento, con lo que la participación de los/as expertos se limitó a una única valoración.

Resultados

Los estadísticos habitualmente utilizados en la validación de contenido de un cuestionario (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008) son el coeficiente *Kappa de Cohen* (Cohen, 1968) y el Coeficiente *W de Kendall* (Siegel & Castellan, 1995). Paradójicamente, cuando el nivel de consenso es muy elevado, dichos estadísticos pueden mostrar una capacidad predictiva baja, debido a la falta de variabilidad en los datos (Feinstein & Cicchetti, 1990). El consenso entre los/as expertos/as se alcanzó en la primera ronda siendo las puntuaciones otorgadas en los diferentes criterios de evaluación fueron muy elevadas. Dada la poca variabilidad de los datos, se utilizaron los

estadísticos *V de Aiken* (*V*) (Penfield y Giacobbi, 2004; Aiken, 1980, 1985) y el *Content Validity Index* (*CVI*) (Rubio et al., 2003).

Coefficiente V de Aiken (Penfield y Giacobbi, 2004; Aiken, 1980,1985). Este coeficiente permite cuantificar cuánto es válido un elemento teniendo en cuenta la opinión de un grupo de expertos/as. El valor de este estadístico oscila entre 0 y 1. Una puntuación de 1 en el coeficiente *V de Aiken* muestra un acuerdo perfecto de los/as expertos/as respecto al contenido que se está evaluando. La obtención de este índice para cada uno de los ítems determina cuales deben de ser eliminados para lograr un mejor ajuste del cuestionario en referencia a lo que se pretende medir. Para calcular el coeficiente *V de Aiken* se utilizó la ecuación algebraica modificada por Penfield y Giacobbi (2004) que se puede observar en la Figura 1.

$$V = \frac{\bar{X} - 1}{k}$$

Figura 1. Ecuación Algebraica para el cálculo de V
Nota. Ecuación algebraica modificada por Penfield et al. (2004)

l es la puntuación mínima que puede obtener un indicador, en este caso *l* corresponde al número 1, siguiendo la escala likert.

k es la diferencia entre la puntuación máxima y la puntuación mínima en la escala likert, que en este caso corresponderá al número 3.

El cálculo de *V* se realizará teniendo en cuenta la puntuación media de cada ítem para cada criterio de evaluación (claridad, coherencia, relevancia y suficiencia). El punto de corte establecido para la aceptación del estadístico *V* se calculó en base a los resultados obtenidos tras aplicar la fórmula inicial propuesta por Aiken (1985), que se muestra en la Figura 2.

$$V = \frac{z}{0.2 \sqrt{\frac{3mn(c-1)}{(c+1)}}} + 0.5$$

Figura 2. Cálculo del Punto de Corte

Nota. Se calculó en base a los resultados obtenidos tras aplicar fórmula inicial propuesta por Aiken (1985)

z hace referencia al intervalo de confianza aplicado (95% o 99%), *m* al número de ítems, en nuestro caso, 62. La letra *n* indica el número de expertos, en este caso, 13. La letra *c* se refiere a la

escala de respuesta, que sería el número 3 en base a la escala Likert utilizada (4-1= 3). Siguiendo esta fórmula, el punto de corte obtenido para un intervalo de confianza del 95% es 0,793 y el obtenido para un intervalo del 99% es de 0,848. Se asumió el intervalo de confianza del 95%. En la Tabla 1 se señalan los ítems que puntúan por debajo de esta cifra para cada uno de los criterios de evaluación, con el símbolo #.

Se eliminaron los indicadores que puntuaron por debajo de 0,793 en el criterio de *coherencia*. Los indicadores que puntuaron por debajo de 0,793 en *claridad*, lo habían hecho también en *coherencia*, con lo que ya habían sido eliminados. Los indicadores que estaban por debajo del límite estipulado únicamente para el criterio de *relevancia* se mantuvieron ya que esto nos ofrece información sobre el peso diferencial que se otorga a cada uno de los indicadores respecto a lo que se pretende medir.

Content Validity Index (CVI) (Rubio et al., 2003). Se calcula contando el número de expertos que calificaron cada ítem con puntuaciones entre 3 y 4, para cada uno de los criterios de evaluación y posteriormente dividiendo la cifra resultante entre el número total de expertos/as. De esta manera se obtiene la proporción de experto/as que consideran que el contenido es válido para cada indicador. Davis (1992), recomienda un CVI igual o mayor a 0,80 para considerar que el ajuste sea el adecuado. Al igual que ocurría con el estadístico *V*, las puntuaciones en el criterio de *relevancia* que estaban por debajo del punto de corte para este índice, se mantuvieron para poder obtener información sobre el peso diferencial de cada indicador. En la Tabla 1 se pueden observar aquellas puntuaciones por debajo de 0,80, relativas a cada uno de los criterios de evaluación. Están señaladas con el símbolo “###”.

Todos los indicadores que puntuaron por debajo de 0,80 en coherencia para CVI coincidieron con indicadores que puntuaron por debajo de 0,793 en coherencia para *V*, excepto el indicador 4.3, que puntuó para CVI el valor de 0,79. Por tanto, quedó eliminado al no alcanzar la puntuación mínima para CVI.

En lo que respecta a la *Suficiencia*, se mantuvieron todas las dimensiones del cuestionario excepto la dimensión 7, que puntuó 0,72 en *V*, con lo que fue eliminada. Esto afectó a

Tabla 1. Resultados V de Aiken (V)/ Content Validity Index (CVI)

Indicadores	Claridad (V/CVI)	Coherencia (V/CVI)	Relevancia (V/CVI)	Dimensiones	Suficiencia
D_1_1	0,98 /1	0,98 /1	0,90 /0,93	D_1	0,92 /1
D_1_2	0,90 /0,93	0,83 /0,86	0,67# /0,79##	D_2	0,87 /0,92
D_1_3+ 1.3.	0,90 /0,93	0,78# /0,79##	0,69# /0,64##	D_3	0,92 /1
D_1_4	0,98 /1	0,98 /1	0,93 /1	D_4	0,85 /1
D_1_5	0,93 /1	0,93 /1	0,88 /0,93	D_5	0,92 /1
D_1_6	0,93 /1	0,95 /1	0,95 /1	D_6	0,95 /1
D_1_7	0,98 /1	0,98 /1	0,93 /0,93	D_7+	0,72# /0,77##
D_1_8	0,98 /1	0,88 /0,93	0,81 /0,86		
D_2_1	0,95 /1	0,86 /0,86	0,76# /0,86		
D_2_2	0,86 /0,86	0,81 /0,86	0,64# /0,64##		
D_2_3+	0,93 /0,93	0,71# /0,71##	0,52# /0,50##		
D_2_4	0,98 /1	0,83 /0,86	0,74# /0,86		
D_2_5	0,88 /0,93	0,79# /0,86	0,69# /0,79##		
D_2_6+	0,93 /1	0,74# /0,79##	0,64# /0,71##		
D_2_7+	0,95 /1	0,76# /0,79##	0,64# /0,71##		
D_3_1+.	0,74# /0,79##	0,71# /0,71##	0,57# /0,57##		
D_3_2	0,95 /1	0,81 /0,86	0,67# /0,71##		
D_3_3	0,93 /1	0,90 /0,93	0,83 /0,93		
D_3_4	0,95 /0,93	0,87 /0,86	0,74# /0,79##		
D_4_1	0,90 /0,93	0,83 /0,86	0,74# /0,79##		
D_4_2	0,98 /1	0,83 /0,86	0,74# /0,79##		
D_4_3+	0,86 /0,86	0,81 /0,79##	0,69# /0,64##		
D_4_4	0,93 /0,93	0,86 /0,93	0,76# /0,79##		
D_4_5	0,93 /0,93	0,86 /0,93	0,76## /0,79##		
D_4_6	0,93 /1	0,86 /0,93	0,76# /0,79##		
D_4_7	0,90 /0,93	0,88 /0,93	0,79# /0,79##		
D_5_1	0,95 /1	0,95 /1	0,90 /0,93		
D_5_2	0,95 /1	0,95 /1	0,90 /0,93		
D_5_3	0,98 /1	0,93 /1	0,90 /0,93		
D_5_4	0,98 /1	0,95 /1	0,90 /0,93		
D_5_5	0,98 /1	0,98 /1	0,98 /1		
D_5_6	0,88 /0,86	0,98 /1	0,98 /1		
D_5_7	0,95 /1	0,88 /0,93	0,81 /0,86		
D_5_8	0,95 /1	0,88 /0,93	0,76# /0,79##		
D_5_9	0,98 /1	0,93 /0,93	0,86 /0,86		
D_5_10	0,98 /1	0,93 /0,93	0,93 /0,93		
D_5_11	0,98 /1	0,90 /0,93	0,76## /0,79##		
D_5_12	0,98 /1	0,93 /0,93	0,93 /0,93		
D_5_13+	0,71# /0,71##	0,69# /0,79##	0,45# /0,50##		
D_5_14	0,90 /0,93	0,83 /0,93	0,74# /0,79##		
D_5_15	0,98 /1	0,79# /0,93	0,67# /0,79##		
D_5_16	0,95 /1	0,79# /0,93	0,71# /0,86		
D_5_17+	0,88 /0,93	0,69# /0,79##	0,60# /0,71##		
D_6_1	0,95 /1	0,83 /0,93	0,71# /0,79##		
D_6_2	0,98 /1	0,81 /0,86	0,67# /0,64##		
D_6_3	0,98 /1	0,88 /1	0,76# /0,86		
D_6_4	0,98 /1	0,88 /0,86	0,76# /0,71##		
D_6_5	0,95 /1	0,86 /0,86	0,76# /0,71##		
D_6_6	0,98 /1	0,83 /0,86	0,76# /0,86		
D_6_7	0,90 /0,93	0,88 /0,93	0,83 /0,93		
D_6_8	0,95 /1	0,88 /0,93	0,88 /0,93		
D_6_9	0,93 /0,93	0,93 /0,93	0,93 /0,93		
D_6_10	0,98 /1	0,98 /1	0,98 /1		
D_6_11	0,98 /1	0,98 /1	0,98 /1		
D_6_12	0,98 /1	0,98 /1	0,98 /1		
D_6_13	0,88 /0,86	0,83 /0,93	0,81 /0,93		
D_6_14	0,97 /0,93	0,85 /0,86	0,82 /0,86		
D_7_1+	0,95 /1	0,69# /0,71##	0,52# /0,50##		
D_7_2+	0,93 /0,93	0,93 /1	0,90 /1		
D_7_3+	0,95 /1	0,88 /0,93	0,83 /0,93		
D_7_4+	0,95 /1	0,67# /0,64##	0,48# /0,43##		
D_7_5+	0,98 /1	0,81 /0,86	0,67# /0,64##		

Nota. D_1=Indicadores físicos, D_2=Indicadores funcionales, D_3= Indicadores cognitivos, D_4= Indicadores emocionales, D_5= Indicadores comportamentales, D_6=Indicadores relacionales, D_7=Indicadores contexto familiar. # Puntuación por debajo de 0,793 para V, ## Puntuación por debajo de 0,80 para CV, +Indicador/dimensión eliminado/a.

los indicadores 7.2, 7.3 y 7.5, que aunque puntuaron por encima de 0,793, en *coherencia* y *claridad* para V y de 0,80 para CVI, se eliminaron tras suprimir la dimensión 7 en su totalidad.

En definitiva, se eliminaron los indicadores por debajo de 0,793 para V y los indicadores por debajo

de 0,80 para CVI en *coherencia* o *claridad*. Además, se eliminó la dimensión 7 en *suficiencia*. Por tanto, los indicadores excluidos en el cuestionario fueron los siguientes: 1.3, 2.3, 2.6, 2.7, 3.1, 4.3, 5.13, 5.17, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4 y 7.5. Todos ellos se señalan en la tabla 1 con el símbolo +.

En referencia a los ítems adicionales y adaptados para valorar sospechas de ASI en niños/as con discapacidad intelectual, cabe mencionar que los 4 ítems (4.6, 5.2, 5.4 y 6.14) puntuaron por encima de las puntuaciones de corte en ambos índices. En la *tabla 1* se indican las puntuaciones concretas obtenidas para cada índice en cada uno de los ítems. Para obtener una visión más clara del alto nivel de consenso alcanzado para estos indicadores, se puede observar, en la *tabla 2*, el número de expertos que puntuaron entre 3-4 para cada criterio de evaluación en los indicadores mencionados.

Tabla 2. Expertos/as con Valoraciones 3-4 en Indicadores para Discapacidad

Indicadores valoración discapacidad	Claridad	Coherencia	Relevancia
4.6	13	13	11
5.2	13	13	13
5.4	13	13	13
6.14	13	12	12

Nota. Indicadores adicionales 4.6 y 6.14. Indicadores adaptados

El cuestionario final está compuesto por 49 ítems divididos en 6 dimensiones. 7 ítems conforman los indicadores físicos, 4 ítems los indicadores funcionales, 3 ítems los indicadores cognitivos, 6 ítems los indicadores emocionales, 15 ítems los indicadores comportamentales y 14 ítems los relacionales.

Discusión y Conclusiones

El cuestionario ha sido validado en cuanto a su contenido mediante juicio de expertos/as. Como indican Echeburúa y de Corral (2006), la revelación por parte de la víctima es algo que suele ocurrir cuando ha transcurrido mucho tiempo desde el inicio de los abusos, o puede que no llegue a producirse jamás. Esto conlleva una gran dificultad a la hora de determinar la incidencia de casos de ASI y aunque la prevalencia es difícil de asegurar, en España podría estar rozando 1 caso de cada 5 niños/as (Pereda, 2016), lo que lo convierte en una emergencia social sobre la que es obligatorio intervenir. Ferragut et al. (2022) afirma que solo el 27,5 % de los casos de ASI son revelados a un adulto, generalmente a la madre. Todo lo expuesto se traduce en un malestar

psicológico en la víctima que se presenta de una manera sostenida en el tiempo, generando así mucho sufrimiento y acarreando secuelas tanto a nivel físico como psicológico o social. Es de vital importancia que se diseñen instrumentos y que se definan protocolos a nivel educativo que permitan detectar sospechas de casos de ASI, así como la necesidad de formar a los profesionales educativos en estrategias de detección como el presente cuestionario.

Las personas con discapacidad son especialmente vulnerables a sufrir ASI (Bailey, 1998; Tomsa et al., 2021). En un gran número de casos precisan de apoyos en su higiene íntima, lo que implica una mayor dificultad a la hora de definir su propia intimidad, así como más obstáculos para reconocer señales de alerta indicativas de abuso (Gil-Llario et al 2020), siendo el riesgo de sufrir ASI en niños con discapacidad intelectual mayor que en la población general (OMS, 2021). Por otro lado, aunque existen programas de prevención del abuso sexual en esta población se reconoce la necesidad y prioridad de aumentar la investigación en esta línea para extraer conclusiones fiables acerca de su efectividad (Martínez-Fortún et al., 2021).

Los dos ítems específicos para detectar sospechas de ASI en niños/as con discapacidad intelectual (el 4.6 y el 6.14) se mantuvieron tras la validación de contenido. Igualmente, los dos ítems adaptados (5.2 y 5.4) también se conservaron. Los indicadores para detectar sospechas en esta población hacen referencia a las diferentes formas de expresión de pensamientos autolíticos, cambios bruscos de comportamiento en situaciones en las que el menor precise apoyo en su higiene íntima. También en el incremento de conductas desinhibidas de naturaleza sexual o en la aparición de comportamientos sexuales con otros niños/as más pequeños o con una discapacidad intelectual de mayor gravedad. El contenido de estos ítems es congruente con las aportaciones de Smit et al. (2019) en cuyo estudio concluyen que las personas con discapacidad intelectual víctimas de abuso sexual son más propensas que las personas sin esta discapacidad a desarrollar trastornos de conducta, a autolesionarse y a tener conductas sexuales inapropiadas relacionadas, sobre todo, con el uso de un lenguaje inapropiado. De una manera más específica, Mansell et al. (1998) también

confirmaron la existencia de conducta sexual inapropiada en niños/as y jóvenes con discapacidad intelectual que habían sufrido abusos sexuales.

Como se indicaba con anterioridad, Pereda (2009) afirma que las consecuencias psicológicas a corto plazo del ASI se pueden agrupar en 5 categorías: problemas emocionales, problemas cognitivos, problemas de relación, problemas funcionales, y problemas de conducta. Por su parte, Echeburúa y de Corral (2006) realizan una clasificación de los indicadores físicos, comportamentales y pertenecientes al ámbito sexual más habituales en las víctimas de ASI, y concretan consecuencias en el ámbito físico, conductual, emocional, sexual y social. Las aportaciones de estos autores se relacionan con las dimensiones en las que se divide el presente cuestionario. Dentro de los indicadores en el menor, se pueden observar las siguientes subdimensiones: Indicadores físicos, indicadores funcionales, indicadores cognitivos, indicadores emocionales, indicadores comportamentales e indicadores relacionales. La dimensión que agrupa los indicadores en el contexto familiar fue eliminada tras el análisis de contenido puesto que no alcanzó las puntuaciones requeridas para el criterio de suficiencia. Además, como se puede observar en la tabla 1, 3 de los 5 ítems (7.1, 7.4 y 7.5) que componen la dimensión, no alcanzaron la puntuación mínima para *CVI* ni para *V* en relevancia. Los ítems 7.1 y 7.4 tampoco alcanzaron dicha puntuación mínima para ninguno de los estadísticos, en el criterio de coherencia. Como indican (Krug et al., 2002; Putnam, 2003) en la mayoría de casos, el agresor es una persona conocida y perteneciente al entorno del/la niño/a y como plantea Losada (2010) la mayor parte de los casos de ASI son de carácter intrafamiliar. Todo lo expuesto, hace imperante que esta necesidad de detección precoz involucre al personal educativo, puesto que además de participar en el desarrollo integral del alumnado, están en contacto permanente con las familias. Por tanto, la dimensión de indicadores de contexto familiar probablemente tendría que ser reconsiderada en una futura fase de estudio, con el propósito de reformular su planteamiento para poder incluir la observación del contexto familiar como elemento clave en la detección de sospechas de ASI.

En relación a los indicadores del menor se han eliminado lo que hacen referencia a aspectos relativos a la dificultad para caminar o sentarse, somnolencia en el aula, dolores de cabeza o de barriga, hiperactividad, inquietud, disminución de la memoria y conformidad compulsiva. Si bien estos indicadores han sido descritos en la literatura previa como posibles consecuencias psicológicas iniciales o a corto plazo presentes en las víctimas (Echeburúa & de Corral, 2006; Pereda, 2009), cabe destacar que se trata de indicadores referidos a síntomas inespecíficos que pueden estar asociados a otros tipos de maltrato, situaciones o trastornos diferentes al de ASI.

Es necesario, imprescindible y exigible que todos y todas, como sociedad, entendamos la gravedad de los problemas que pueden presentar las víctimas de ASI y reconozcamos nuestra responsabilidad en la detección del mismo, asegurando la protección a la infancia. El artículo 34 del Instrumento de Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño (1990) asume una responsabilidad estatal relativa a la protección del niño/a contra todas las formas de explotación y abuso sexual. En su artículo 19 se afirma que:

Se adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo (p.8).

Con todo lo hasta aquí planteado, se genera la necesidad preponderante de asumir una responsabilidad social respecto al ASI. Es fundamental que se creen herramientas como el presente cuestionario que faciliten la detección de sospechas de casos de ASI a aquellas personas como los docentes, ya que, junto con la familia, comparten mucho tiempo con los menores y generan vínculos de apego con los niños/as que les pueden permitir una detección más ágil. Es fundamental que los/las profesionales educativos/as dispongan de instrumentos y de información necesaria para poder afrontar situaciones como estas, posibles de vivenciar. Como hemos planteado, la revelación de los casos

de ASI no es fácil que se produzca, con lo es de suma importancia que se creen vínculos emocionales en la escuela que favorezcan, entre otros muchos aspectos, la comunicación entre discentes y personal educativo. Los niños/as son una población vulnerable, especialmente aquellos/as niños/as con discapacidad.

La validación de contenido del cuestionario en estudio supone una condición preliminar al análisis de su validez de constructo, la cual se llevará a cabo en una futura fase de estudio, brindando así una herramienta al personal docente para que este se sienta seguro a la hora de detectar posibles sospechas de casos de ASI. El entorno educativo no puede ser ajeno al ASI, siendo primordial que se invierta en recursos que incrementen la instrucción del profesorado.

Referencias

- Aiken, L. R. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955-959.
<https://doi.org/10.1177/001316448004000419>
- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and psychological measurement*, 45(1), 131-142.
<https://doi.org/10.1177/0013164485451012>
- Bailey, B. G. (1998). *Action against abuse. Recognising and preventing abuse of people with learning disabilities. A: Family's Pack. B: Service User's Pack. C: Support Worker's Pack*. Association for Residential Care.
- Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., Richold, P., Worsley, C., & Firth, H. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(3), 194-201.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00293.x>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58, 469-483.
<https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Briggs, F. (2006). Safety issues in the lives of children with learning disabilities. *Social Policy Journal of New Zealand*, 29, 43-59.
<https://www.msd.govt.nz/documents/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj29/29-pages-43-59.pdf>
- Byrne, G. (2017). Prevalence and psychological sequelae of sexual abuse among individuals with an intellectual disability: A review of the recent literature. *Journal of Intellectual Disabilities*, 22(3), 294-310.
<https://doi.org/10.1177/1744629517698844>
- Cabero, J., & Llorente, M. C. (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). *Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 7(2), 11-22.
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/eduweb/v7n2/art01.pdf>
- Cohen, J. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70(4), 213-220. <https://doi.org/10.1037/h0026256>
- Cohen, R., & Swerdlik, M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición* (4ª ed.). Mc Graw Hill.
- Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An experimental application of the Delphi method to the use of experts. *Management Science*, 9(3), 458-467.
<https://doi.org/10.1287/mnsc.9.3.458>
- Davis, L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
[https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de medicina forense*, 12 (43-44), 75-82.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1135-76062006000100006&lng=es&tln=es
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25645w/Juicio_de_expertos_u4.pdf

- Fang, Z., Cerna-Turoff, I., Zhang, C., Lu, M., Lachman, J. M., & Barlow, J. (2022). Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(5), 313-323.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00033-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00033-5)
- Feinstein, A. R., & Cicchetti, D. V. (1990). High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes. *Journal of clinical epidemiology*, 43(6), 543-549.
[https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90158-L](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90158-L)
- Ferragut, M., Ortiz-Tallo, M., & Blanca, M. J. (2022). Prevalence of child sexual abuse in Spain: A representative sample study. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(21-22), NP19358–NP19377.
<https://doi.org/10.1177/08862605211042804>
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Díaz-Rodríguez, I., & Ballester-Arnal, R. (2019). Prevalence and sequelae of self-reported and other-reported sexual abuse in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63(2), 138-148.
<https://doi.org/10.1111/jir.12555>
- Gil-Llario, M. D., Ballester-Arnal, R., Morell-Mengual, V., Caballero-Gascón, L., & Castro-Calvo, J. (2020). Development and psychometric properties of the detection of sexual abuse risk screening scale (DSARss). *Sexual Abuse*, 32(7), 850-877.
<https://doi.org/10.1177/10790632198580>
- González-Torres, M. C. (2003). Claves para favorecer la motivación de los profesores ante los retos educativos actuales. *ESE: Estudios sobre educación*, 5, 61-83.
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/45610/01520103000055.pdf?sequence=1>
- Guerricaechevarria, C., & Echeburúa, E. (2005). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores: Un enfoque clínico*. Ariel.
- Hinkelman, L., & Bruno, M. (2008). Identification and reporting of child sexual abuse: The role of elementary school professionals. *The Elementary School Journal*, 108(5), 376-391.
<https://doi.org/10.1086/589468>
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 31 de diciembre de 1990.
[https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/\(1\)/dof/spa/pdf](https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/(1)/dof/spa/pdf)
- Kendall-Tackett, K., Meyer, L., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>
- Kloppen, K., Haugland, S., Svedin, C. G., Mæhle, M., & Breivik, K. (2016). Prevalence of child sexual abuse in the Nordic countries: A literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(1), 37-55.
<https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1108944>
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 369(9339), 1083-1088.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Losada, A. V. (2010). *Prevalencia del abuso sexual infantil en una población docente del conurbano bonaerense*. Ricardo Vergara Ediciones.
- Mansell, S., Sobsey, D., & Moskal, R. (1998). Clinical findings among sexually abused children with and without developmental disabilities. *Mental Retardation*, 36(1), 12-22.
[https://doi.org/10.1352/0047-6765\(1998\)036<0012:CFASAC>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(1998)036<0012:CFASAC>2.0.CO;2)
- Martínez-Fortún, M. I., Gesteira, C., Morán, N., García-Vera, M. P., & Sanz, J. (2021). Programas de prevención del abuso sexual en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo: Una revisión sistemática. *Revista Española de Discapacidad*, 9(1), 75-100.
- Narang, B. (2018). The critical need for school-based interventions to safeguard children against sexual abuse. *Rajagiri Journal of Social Development*, 10(1), 3-16.
<http://journals.rajagiri.edu/index.php/rssJ/article/view/350/269>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Violence against adults and children with disabilities*.
<https://www.who.int/disabilities/violence/en/>
- Penfield, R. D., & Giacobbi, Jr, P. R. (2004). Applying a score confidence interval to

- Aiken's item content-relevance index. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 8(4), 213-225.
https://doi.org/10.1207/s15327841mpee0804_3
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77811726004.pdf>
- Pereda, N. (2010). El espectro del abuso sexual en la infancia: definición y tipología. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 16, 69-78.
<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Pereda-Noemi-16.pdf>
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 126-133.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77846055005.pdf>
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research updates review: Child sexual abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Rúa, R., Pérez-Lahoz, V., & González-Rodríguez, R. (2018). El abuso sexual infantil: Opinión de los/as profesionales en contextos educativos. *Revista Prisma Social*, 23, 46-65.
<https://revistaprismasocial.es/article/view/2764>
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104.
<https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>
- Russo, G. S., & González-Torres, M. C. (2020). Desafíos del sistema educativo frente al abuso sexual en la infancia. *Espacios en Blanco. Revista de Educación*, 1(30), 23-40.
<https://www.redalyc.org/journal/3845/384561670002/384561670002.pdf>
- Sanz-Arazuri, E., Alonso-Ruiz, R. A., Valdemoros-San-Emeterio, M. Á., & Ponce-De-León-Elizondo, A. (2013). Validación de un cuestionario que analiza cómo trabaja el profesorado de la etapa infantil la educación para la salud desde el ámbito motor. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 35(1), 9-34.
<https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645435002.pdf>
- Saracostti, M., Lara, L., & Sotomayor, B. (2021). Adaptación y validación de instrumentos de medida del compromiso escolar y los factores contextuales en estudiantes de niveles iniciales de educación en Chile. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 59(2), 177-190.
<https://www.redalyc.org/journal/4596/459669142015/459669142015.pdf>
- Sequeira, H., & Hollins, S. (2003). Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 13-19.
<https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.13>
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (1995). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. Trillas.
- Silva, S. A., Galindo, Y., & Mendoza, L. E. (2002). Nivel de satisfacción del usuario de las carreteras: Método Delphi. *Acta Universitaria*, 12(3), 41-55.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41612203>
- Smit, M. J., Scheffers, M., Emck, C., van Busschbach, J. T., & Beek, P. J. (2019). Clinical characteristics of individuals with intellectual disability who have experienced sexual abuse. An overview of the literature. *Research in developmental disabilities*, 95, 103513.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103513>
- Soylu, N., Alpaslan, A. H., Ayaz, M., Esenyel, S., & Oruç, M. (2013). Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(12), 4334-4342.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.010>
- Tomsa, R., Gutu, S., Cojocar, D., Gutiérrez-Bermejo, B., Flores, N., & Jenaro, C. (2021). Prevalence of sexual abuse in adults with intellectual disability: Systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1980.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18041980>

Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B., & Aguado, A. L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, *14*, 124-129.

<https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/26758/Psicothema.2002.14.Sup.124-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>