

TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

“EL ABUSO SEXUAL INFANTIL Y LA INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL”

Autor/a:

D./D^a. Natalia Casado Castrillo

Tutor/a:

D./D^a. María del Carmen Peñaranda

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
CURSO 2016 – 2017

FECHA DE ENTREGA: 23 de junio de 2017

“La vida es una carrera de obstáculos, eso es así. Pero cuando has sufrido abusos sexuales de niño, tienes que recorrer el camino con una pierna menos y una mochila cargada de piedras. Es mucho, muchísimo más duro.” James Rhodes

INDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.	5
INTRODUCCIÓN.	6
1. Contextualización.	6
2. Justificación.	7
PLANTEAMIENTO DEL MARCO TEÓRICO.....	9
1. Concepto de maltrato infantil.	9
2. Concepto de abuso sexual infantil.	10
3. Abuso sexual como abuso de poder.....	11
4. Fases del abuso sexual infantil.	12
5. Factores de riesgo y de protección.	13
6. Falsas creencias respecto al abuso sexual infantil.	17
7. Consecuencias a corto y largo plazo.....	19
8. Modelos explicativos del abuso sexual infantil.	20
9. El trabajo de prevención.....	21
1.1. Niveles de Prevención	22
10. La intervención desde el Trabajo Social.....	32
MARCO NORMATIVO.....	37
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.	41
DISEÑO METODOLÓGICO.	42
1. Participantes.....	42
2. Material y/o instrumento.....	43
3. Procedimiento.	44
4. Plan de análisis de los resultados.	44
5. Consideraciones éticas.	45

RESULTADOS.....	46
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	52
1. Discusión.....	52
2. Conclusiones.....	53
1.1. Propuestas de mejora.	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	59
1. Anexo 1: Protocolo sanitario de actuación en casos de maltrato infantil.	59
2. Anexo 2: Guion de la entrevista.	60
3. Anexo 3: Formulario de consentimiento informado.....	62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factores de riesgo y de protección según el desarrollo del individuo, el microsistema, el exosistema y el macrosistema.	15
Tabla 2: Mitos y realidades del abuso sexual en menores.....	17
Tabla 3: Participantes de la investigación social.	43

RESUMEN.

El abuso sexual infantil es una tipología de maltrato infantil y una problemática histórica invisibilizada en la sociedad, con graves consecuencias a corto y largo plazo. Este trabajo busca conocer el abuso sexual infantil y la intervención que se lleva a cabo desde el Trabajo Social con las víctimas y su familia.

Para ello se ha realizado una investigación de índole cualitativa, mediante una revisión bibliográfica del abuso sexual en menores y la realización de distintas entrevistas a profesionales que intervienen de forma directa con esta problemática, para conocer en profundidad el tratamiento e intervención que se lleva a cabo desde nuestra profesión y diseñar propuestas que permitan mejorarlo.

PALABRAS CLAVE.

Abuso sexual, maltrato, menores, desprotección, intervención social.

ABSTRACT.

Child sexual abuse is a type of child abuse and historical problem invisibilized in society, with serious consequences in the short and long term. This work seeks to understand child sexual abuse and intervention from the Social Work with victims and their families.

A qualitative research has been carried out. Through a literature review of sexual abuse in children and conducting interviews with professionals involves directly with this problem, we want to know in depth the treatment and intervention that is carried out from our profession and how to improve it.

KEY WORDS.

Sexual abuse, abuse, minors, vulnerability, social intervention.

INTRODUCCIÓN.

1. Contextualización.

El abuso sexual infantil no es un problema reciente, pero es en los últimos años cuando más se ha visibilizado y su detección ha experimentado un importante aumento, además se están registrando algunas tendencias novedosas en el abuso debido a las nuevas tecnologías. Todo ello, ocasiona que profesionales de diferentes ámbitos investiguen las condiciones sociales en las que se da el abuso sexual en menores, así como la búsqueda de soluciones legales y sociales para la prevención y atención del problema.

Redondo y Ortiz (2005) exponen que el abuso sexual a menores comprende la violación, que puede contar con la penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o con cualquier objeto sin el consentimiento de la persona; el contacto genitaloral; caricias a los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración; el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales; el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras persona; las peticiones sexuales; el voyerismo; el exhibicionismo; y también incluye la explotación sexual infantil, entendido como la implicación a menores en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía o promover la prostitución infantil o el tráfico sexual. En ocasiones se habla de agresión sexual cuando se añade un componente de violencia al abuso sexual.

En el pasado, la perturbación infantil era considerada principalmente como un problema donde el abusador era un degenerado, un psicópata y un desconocido. Pero hoy día se tiene constancia de que las personas que abusan sexualmente de los niños son con mayor frecuencia amigos y miembros familiares sin enfermedades y/o patologías.

Por ello, es transcendental destacar en esta problemática la importancia del abordaje desde el Trabajo Social, el cual aporta una búsqueda en la mejora continua de las condiciones sociales y el bienestar de las personas, además de lograr unas medidas de protección integral para los menores víctimas de abuso sexual. Su papel es fundamental tanto en la prevención como en el tratamiento e intervención, mediante la investigación de los sucesos para esclarecerlos y combatirlos, la intervención con la unidad familiar,

la coordinación con otros recursos y servicios de ayuda y el seguimiento con víctimas y sus familias.

2. Justificación.

La justificación de este trabajo se sitúa en la alta incidencia de abusos sexuales a menores. Redondo y Ortiz (2005) estiman que se dan 0,5 casos por 1.000 niños, con una prevalencia durante la etapa de 0 a 18 años en torno a uno de cada seis chicos y una de cada cuatro chicas anualmente. Es importante destacar su poca visibilidad en la sociedad y su complejidad, ya que hasta hace muy poco era un tema tabú. El abuso sexual infantil es un problema que perdura a lo largo de la historia y ocurre en todas las clases sociales y culturas con demasiada frecuencia.

Actualmente, según Save the Children (2001), alrededor de un 23% en las niñas y un 15% de los niños menores de edad han sufrido este tipo de abuso, muchos de ellos sin haber recibido tratamiento debido al silencio y miedo de aquellos que lo sufren y que trae consigo una serie de consecuencias psíquico-emocionales, ya sea a corto o largo plazo. En la actualidad además hay que añadir los delitos sexuales a menores mediante las nuevas tecnologías, como el ciberacoso con intención sexual o el grooming.

En los últimos años los medios de comunicación y la opinión pública cada vez se han hecho más eco del abuso sexual, visibilizando y concienciando del impacto de estos, los cuales se consideraban hasta no hace mucho como malos tratos y solo se mencionaba en relación con los mismos. Pero no es suficiente, ya que no existe una verdadera visibilidad del grave problema, ni se previene de ello de una forma intensiva mediante el autocuidado de los niños y la importancia de solicitar ayuda.

Es transcendental conocer la intervención desde el Trabajo Social, su papel y las funciones que cumplen en estas situaciones. Es necesario que los profesionales del Trabajo Social y de otros ámbitos sociales, que velan por la seguridad y la protección de los niños y adolescentes, conozcan y estén concienciados de su existencia y obtengan formación de ello, para así ser capaces de localizar los indicios y llevar a cabo un tratamiento eficaz con el menor y su familia.

Por tanto, creo que es un tema a tratar de vital importancia, ya que los niños que sufren este tipo de abuso se encuentran en una situación de total desprotección e indefensión, donde se vulneran totalmente sus derechos.

PLANTEAMIENTO DEL MARCO TEÓRICO.

1. Concepto de maltrato infantil.

El maltrato infantil es un problema de salud pública en todo el mundo, por lo que se hace difícil encontrar una definición exacta.

La ONU (Sf., citado en Perea et al., 2001) define el maltrato infantil como:

Toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que la tenga a su cargo. (p. 253).

Save the Children en su Manual de Formación para Profesionales (2001) establece distintas categorías en función de diferentes variables:

- ❖ Maltrato físico: es cualquier acción que ocurra de forma no accidental por parte de cuidadores o padres provocando daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en un arduo riesgo de padecerlo.
- ❖ Negligencia y abandono físico: situación en la que las necesidades físicas básicas del menor, así como alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados de salud, no son atendidas de forma temporal o permanente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.
- ❖ Maltrato emocional: insultos, desprecios, críticas o amenazas de abandono, con constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.
- ❖ Abandono emocional: falta perseverante de respuesta a las señales, las expresiones emocionales y las conductas procuradoras de proximidad e interacción del niño y la falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.
- ❖ Abuso Sexual: National Center of Child Abuse and Neglect (1978, citado en Goicoechea, 2001) lo precisa como:

Contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro. (p.15).

- ❖ Maltrato perinatal: circunstancias de la vida de la madre que perjudican el embarazo al feto con voluntariedad y negligencia.
- ❖ Síndrome de Munchausen por poderes: los padres generan lesiones al niño de forma voluntaria para hacerle pasar de forma constante por enfermo.
- ❖ Maltrato institucional: legislación, programa o procedimiento procedente de poderes públicos o privados y actuaciones de profesionales que, por acción u omisión, con o sin contacto directo vulneren los derechos básicos del menor.

2. Concepto de abuso sexual infantil.

Como se ha mencionado anteriormente, el abuso sexual es una tipología de maltrato infantil, el cual es definido por la OMS (2001, citado en Intebi, 2008) como:

Se considera abuso sexual infantil involucrar al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que trasgreden las leyes o las restricciones sociales.

El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño/a y un adulto/a, o entre un niño/a y otro/a que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona abarcan pero no se limitan a: la inducción a que un niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas. (p.9).

Goicoechea (2001) en el manual de Save the Children destaca distintas categorías dentro del abuso sexual infantil:

- ❖ El abuso sexual: contacto físico con o sin acceso carnal, con o sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir la penetración vaginal, oral y anal, la penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.
- ❖ Agresión sexual: contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.
- ❖ Exhibicionismo: sin contacto físico.
- ❖ Explotación sexual infantil: el abusador busca un beneficio económico, englobando la prostitución y la pornografía infantil. Existen diferentes modalidades como: tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil, prostitución infantil y pornografía infantil.

3. Abuso sexual como abuso de poder.

El abuso de poder por parte del agresor hacia el menor es la base del abuso sexual. Goicoechea (2001) establece dos criterios de abuso, el primero la coerción, donde el agresor utiliza su situación de poder frente a la víctima para interactuar sexualmente; y el segundo la asimetría de edad, debido a que el agresor es significativamente mayor que la víctima.

Es esencial, por tanto, considerar el abuso sexual como un abuso de poder debido a esa asimetría mencionada, ya que supone la obligación de realizar algo que no se desea mediante amenaza, chantaje o fuerza física entre otros, impidiendo el uso y disfrute de la libertad de la víctima.

El modelo elaborado por Finkelhor y Krugman (Sf., citado en Goicoechea, 2001) describe cuatro condiciones para que se dé el abuso: la primera es la motivación del agresor para cometerlo, estableciendo distintas categorías como son la parafilia sexual, la repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia, un componente psicopático de personalidad, trastornos de control de los impulsos o que sea un pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva con un objeto sexualizado. Otra condición es la habilidad

del agresor para superar sus inhibiciones y miedos, recurriendo al alcohol y drogas. Y, por último, el vencimiento de las inhibiciones externas o los factores de protección de la víctima y el vencimiento de la resistencia del niño debido al uso de la violencia o la amenaza, el engaño o la manipulación.

4. Fases del abuso sexual infantil.

El abuso sexual cuenta con cuatro etapas bien diferenciadas según Sgroi (1982, citado por Baita y Moreno, 2015) las cuales no se dan de la misma manera en todos los casos de abuso.

La primera etapa es la fase de preparación, la cual comienza por el establecimiento de un vínculo de confianza e incluso de cariño entre la víctima y el agresor, donde esa posición de superioridad del adulto agrega un elemento primordial y necesario para hacer del sometimiento una realidad. En esta fase el agresor lleva a cabo distintas maniobras psicológicas como puede ser el favoritismo, donde haga sentir al menor especial mediante premios y regalos produciendo en él confusión y ambivalencia; y la alienación, con el fin de que el menor quede aislado, buscando su dependencia y aumentando su dificultad de pedir ayuda, incluso puede dar lugar a la inversión de roles. Durante este tiempo aparecerán las primeras distorsiones cognitivas que el ofensor usará para retroalimentar sus acciones y para justificar su conducta, escogiendo el momento y el lugar para llevar a cabo el abuso.

La segunda fase es la de la interacción sexual, donde se desarrolla el contacto concreto entre el agresor y el cuerpo del menor. Los primeros suelen ser fugaces y de poco nivel de intrusividad, incluso algunos de esos contactos pueden darse en la anterior etapa y prolongarse durante esta fase con un aumento de su frecuencia. Aquí cobra fuerza la imposición del secreto, el cual impide el desvelamiento por parte del niño debido al convencimiento de que sucede bajo su responsabilidad. También es frecuente utilizar amenazas sumergiendo al menor en un ambiente de miedo y terror, impidiendo que cuente lo sucedido.

La siguiente fase es la del desvelamiento, donde el agresor continúa manipulando a su víctima con el fin de que se mantenga en silencio, pero puede ocurrir que el abuso sexual

sea desvelado, bien mediante un proceso accidental o de manera intencional cuando el menor toma la decisión de contar lo sucedido, ya sea porque no tolera más el dolor físico, porque pierde su autonomía o percibe un menor riesgo entre otros. Este proceso de desvelamiento suele incluir retractaciones, minimizaciones o desvelamientos parciales.

La última fase es la de reacción al desvelamiento, la cual desencadena en la familia una crisis debido al temor del cumplimiento de las amenazas del agresor, la incredulidad, el temor a la pérdida de la ilusión familiar o de lazos familiares, temor al involucramiento con el sistema legal o idea de daño permanente, todo ello puede favorecer a la retractación del menor. En esta etapa deben actuar los agentes de intervención.

5. Factores de riesgo y de protección.

En la bibliografía sobre abuso sexual a menores, también se hace referencia a los factores de riesgo y protección que pueden afectar al menor. Goicoechea (2001) reitera que tienen mayor riesgo de ser abusados aquellos niños que se encuentran en edad preadolescente, y este riesgo se refuerza si estos han sufrido con anterioridad malos tratos.

Los factores de riesgo según su ámbito de influencia se clasifican en individuales, familiares y socioculturales, y la conjunción de estos factores son el resultado del abuso sexual infantil.

Los factores de riesgo individuales pueden ser: factores parentales, como por ejemplo padres con historia de malos tratos u abandono; haber sido rechazado emocionalmente en la infancia; sufrir carencia de vinculación afectiva o de cuidado; no conocer las características del desarrollo evolutivo y sexual de la infancia, así como sus necesidades; haber presenciado una ruptura familiar; tener un bajo nivel de inteligencia; poseer una autoestima baja; falta de empatía; no contar con habilidades sociales; presencia de estrés; existencia de problemas psicológicos y por último, presencia de enfermedad, discapacidad o ausencia de hogar. Los factores relacionados con las características del niño se agrupan en: personalidad introvertida; aislamiento social; problemas de conducta; temperamento difícil y discapacidad.

En cuanto a los factores familiares, se señalan: una relación padres e hijos desadaptada, en ciclo ascendente de agresión, uso de técnicas de disciplina coercitiva y falta de vinculación afectiva; en cuanto a la relación de pareja, que exista conflicto, violencia y agresión tanto en la pareja como en hijos no deseados; la configuración familiar, ya sea por un excesivo tamaño familiar o por mono-parentalidad; y como último factor familiar, el aislamiento social por parte de la familia.

Por último, los factores socioculturales que se distinguen son: el laboral debido a una situación de desempleo, pobreza, pérdida de rol, insatisfacción o tensión laboral; red psicosocial de apoyo que contenga aislamiento, pérdida, alta movilidad o escasa integración; y factores culturales como legitimación de la violencia, aceptación del castigo físico y vulneración de derechos de la infancia.

Alonso, Font y Val (2001) distinguen como factores de protección aquellos de los cuales dependerá la comunicación del abuso sexual por parte de la víctima y la superación de los hechos. Wurtele y Miller (1992, citado por Alonso et al., 1999) lo concretan de la siguiente manera:

En primer lugar, y relacionados con el niño y sus características se destacan: el conocimiento de las conductas adecuadas o inadecuadas en sexualidad; el ser asertivo, tener una alta autoestima y sentimientos de autoeficacia; contar con una red de apoyo social y disponer de una buena capacidad para resolver problemas y tomar decisiones.

En segundo lugar, se señalan algunos factores de protección del posible agresor, que podrían ser: no haber sufrido abuso sexual infantil, o si fuese el caso ser consciente de lo que conlleva; tener una buena historia familiar; contar con habilidades interprofesionales; disponer de valores de respeto a la infancia; tener empatía; disponer de habilidad para tomar decisiones; una alta autoestima; contar con una red de apoyo social y disponer de habilidades en las relaciones de pareja.

Por último, los factores de protección de la red de apoyo social y cultural son: la oposición al uso de niños como fuente de satisfacción sexual; la rápida y consistente persecución de los agresores por el sistema legal; el énfasis en la igualdad entre hombres y mujeres; apostar por una educación sexual en la infancia; disponer de una red de apoyo social para la familia; la valorización alta de los niños; la tolerancia baja con las

conductas sexuales coercitivas; la conciencia social sobre el problema de los abusos y el esfuerzo por evitarlos.

Previnfad (Sf., citado en Goicoechea, 2001) propone un modelo integral de evaluación donde no solo se distingue entre factores protectores o de riesgo, sino que dentro de cada categoría se establece la diferencia entre los factores situacionales o los estables. Es decir, entre los factores de riesgo hay algunos que se encuentran presentes a lo largo de la historia, dados antes del abuso y otros que surgen. Al igual ocurre con los de protección, unos factores suponen una defensa constante mientras que otros surgen a lo largo del tiempo. Es decir, existe la posibilidad de intervención y modificación de estos factores, además sirve para entender que hay situaciones que pueden precipitar el proceso, pero ser temporales.

Tabla 1: Factores de riesgo y de protección según el desarrollo del individuo, el microsistema, el exosistema y el macrosistema.

Nivel ecológico	Factores de riesgo		Factores de protección	
	Predisponentes	Precipitaciones	Predisponentes	Precipitantes
Desarrollo del individuo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Introversión ❖ Discapacidad física/psíquica ❖ Historia previa de abuso ❖ Baja autoestima ❖ Pobres habilidades de comunicación y resolución de problemas ❖ Falta de asertividad y sumisión. ❖ Ser mujer ❖ Desconocimiento sobre la sexualidad ❖ Ser hijo no deseado ❖ Trastornos congénitos ❖ Nacimiento prematuro. ❖ Bajo peso al nacer. ❖ Falta de habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trastorno de la conducta ❖ Enfermedades o lesiones del niño ❖ Complicación en el periodo perinatal 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Habilidades interpersonales de comunicación y resolución de problemas ❖ Alta autoestima ❖ Asertividad ❖ Desarrollo normalizado ❖ Educación afectiva sexual adecuada ❖ Apego materno o paterno 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia. ❖ Adquisición de habilidades de autodefensa
Micro sistema	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trastornos físicos/psíquicos (ansiedad y depresión incluidas) de algún miembro de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Enfermedades o lesiones de algún miembro de la familia. ❖ Conflictos conyugales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ambiente familiar sin exposición a violencia ❖ Experiencia en los cuidados del niño. ❖ Planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Satisfacción en el desarrollo del niño. ❖ Resolución de conflictos familiares. ❖ Constitución o fortalecimiento de vínculos afectivos.

	Factores de riesgo		Factores de protección	
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Drogodependencias de algún miembro de la familia. ❖ Familia monoparental ❖ Madre joven. ❖ Historia familiar de abuso. ❖ Falta de afectividad en la infancia de los padres. ❖ Disarmonía familiar. ❖ Ausencia de vínculos afectivos. ❖ Abandono familiar. ❖ Elevado tamaño familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Violencia familiar. ❖ Falta de control de impulsos. ❖ Excesiva proximidad en el nacimiento de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Satisfacción personal de los miembros de la familia. ❖ Educación afectivo sexual adecuada en la familia... ❖ Apego materno o paterno al hijo. ❖ Armonía marital. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Salida del hogar del agresor intrafamiliar. ❖ Escasos sucesos vitales estresantes. ❖ Intervenciones terapéuticas familiares.
Exosistema a) Sociolaboral	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dificultades en el acceso a recursos sociales y económicos. ❖ Insatisfacción laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desempleo. ❖ Conflicto laboral. ❖ Fracaso en el acceso a recursos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Satisfacción laboral. ❖ Acceso a recursos sociales y económicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Salir del paro. ❖ Resolución del conflicto laboral. ❖ Éxito en el acceso a recursos sociales.
b) Vecindario	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aislamiento social. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Frecuente cambio de domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Red de apoyo psicosocial amplia 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Integración en grupos de iguales. ❖ Participación en asociaciones y actividades vecinales. ❖ Apoyo social ante una problemática.
Macro sistema a) Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alta criminalidad. ❖ Baja cobertura servicios sociales. ❖ Alta frecuencia desempleo. ❖ Marginalidad. ❖ Inhibición social a la hora de la denuncia. ❖ Fácil acceso a la pornografía infantil. ❖ Políticas discriminatorias. ❖ Falta de relación afectiva entre los hombres y los niños durante la crianza. ❖ Procedimiento penal exclusivamente protector de los derechos del agresor. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alta movilidad geográfica. ❖ Fácil acceso a las víctimas. ❖ Aplicación de las penas mínimas a los agresores. ❖ Ausencia de control prenatal y perinatal. ❖ Conflictos bélicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Políticas igualitarias. ❖ Aplicación adecuada de las penas a los agresores. ❖ Procedimiento penal protector de la víctima. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puesta en marcha de: Programas de prevención. ❖ Programas de tratamiento de víctimas y agresores. ❖ Programas de mejora de redes de apoyo e integración social de familias con mayor riesgo. ❖ Programas sanitarios. ❖ Programas de investigación sobre el tema. ❖ Registro unificado de casos. ❖ Constitución de redes de trabajo interdisciplinar.
b) Culturales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aceptación del castigo corporal 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fracaso de los programas de sensibilización social. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Actitud positiva hacia la infancia, la mujer y la paternidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Éxito de los programas de sensibilización social.

Factores de riesgo		Factores de protección	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Valoración del niño como propiedad de los padres. ❖ La familia como un ámbito de privacidad aislado. ❖ Concepción del niño como proyecto de persona, no como persona. ❖ Tolerancia con todas las formas de maltrato infantil. ❖ Negación de la sexualidad infantil. ❖ Mito de la familia feliz. ❖ Sexismo: fomento de la idea de poder y discriminación. ❖ Subcultura patriarcal. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sensacionalismo en los medios de comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Concepción del niño como persona independiente y con derechos. ❖ La familia como un ámbito social integrado. ❖ Consideración del niño como miembro de la familia, no como propiedad de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Asunción de la protección eficaz de la infancia por parte de la sociedad. ❖ Implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas. ❖ Cambio de modelos de crianza y familiares. ❖ Actitud respetuosa y protectora hacia los niños de los medios de comunicación.

Fuente: Goicoechea. (2001). *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales*. Save the Children.

6. Falsas creencias respecto al abuso sexual infantil.

Goicoechea (2001) y Alonso et al. (2001) detallan la existencia de una serie de falsas creencias que dificultan la detección del abuso sexual infantil. La existencia de estas falsas creencias ponen en evidencia lo importante que es la visibilización de esta problemática en la sociedad actual, formando tanto a los profesionales del ámbito de protección a la infancia como a los padres. Para ello es significativo incrementar los programas de prevención primaria y crear protocolos de actuación en los diferentes ámbitos en los que se puede ver involucrado el menor.

Tabla 2: Mitos y realidades del abuso sexual en menores.

Mitos	Realidades
Los abusos sexuales infantiles son infrecuentes	Casi un 20% de personas sufren abusos sexuales en su infancia
En la actualidad suceden más abusos sexuales	Lo único que aumenta es la detección por parte de los profesionales y la comunicación de algunas víctimas.

Mitos	Realidades
El incesto sucede en las familias desestructuradas o de bajo nivel socio-cultural	El incesto ocurre en todo tipo de familias
El abuso sexual infantil frecuentemente va asociado a la violencia física	La mayoría de las veces existe manipulación de la confianza, engaños y amenazas que hacen innecesaria la violencia física.
Los agresores son exclusivamente hombres	La mayoría de las veces los agresores son hombres, pero no siempre.
El agresor es un perturbado mental, un enfermo psiquiátrico o personas con elevado grado de desajuste psicológico	Los agresores no tienen un perfil psicológico común
Los abusadores sexuales nunca son los padres, son casi siempre desconocidos.	Los agresores son casi siempre conocidos.
La madre conoce consciente o inconscientemente que el abuso sexual está sucediendo. Es igual de responsable.	La madre no siempre sabe que está ocurriendo.
La madre rechaza sexualmente al marido y este se ve obligado a relacionarse sexualmente con la hija	Nadie le obliga, son racionalizaciones y excusas del agresor.
Los menores de edad son culpables de los abusos y pueden evitar que ocurran.	Los menores no son culpables de que ocurran y no pueden evitarlos.
Los menores fantasean, inventan historias y dicen mentiras en relación con haber sido abusados sexuales para captar la atención de los adultos.	Pocas veces inventan historias que tengan relación con haber sido abusados sexualmente.
Las niñas son las que sufren los abusos sexuales, no los niños.	Sufren alrededor del 20% de las niñas y el 15% de los niños abusos sexuales.
No es obligatorio denunciarlos	Es obligatorio denunciarlos
El abuso sexual es algo inevitable	El abuso sexual se puede prevenir

Fuente: Goicoechea. (2001) y Alonso et al. (2001).

7. Consecuencias a corto y largo plazo.

El abuso sexual infantil deja grandes secuelas en la víctima, la cual pasa por un traumático duelo. La mayoría de los menores manifiestan patrones de conducta similares, variando según los determinados factores, como la edad y el tipo de abuso, ya que es importante determinar qué tipo de agresión ha sucedido. Los abusos sexuales, sobre todo si ocurren en el contexto familiar, representan situaciones de extrema gravedad que suponen un alto riesgo para los menores.

En cuanto a las secuelas a corto plazo es importante destacar el síndrome de acomodación, el cual es descrito por Summit (1983) e Intebi (1998, citado en Baita y Moreno, 2015) como una serie de comportamientos que se dan en estos menores. Primero, el mantenimiento del secreto, como consecuencia de la manipulación y amenaza a la que son sometidos y que les obliga a mantenerse en silencio. Segundo, la desprotección, debido a las estrategias de aislamiento. En tercer lugar, el atrapamiento y la acomodación como consecuencia de la repetición crónica del abuso, donde el menor entiende que no existe escapatoria a la situación ya que ello conlleva al peligro del cumplimiento de amenazas. A esto se suma que en muchas ocasiones los abusos se dan en el propio domicilio, haciendo que la víctima vea la escapatoria más imposibilitada, llegando a la mencionada acomodación de la situación de abuso. Otro comportamiento es el desvelamiento tardío, conflictivo y poco convincente. Y, por último, la retractación, consecuencia de la reacción del desvelamiento, generando alivio y tranquilidad en la familia. Es necesario que los profesionales entiendan la retractación como la evidencia de un nivel de disfuncionalidad en la familia haciendo necesario redoblar los esfuerzos de protección.

Echeburúa y Guerricaechevarría (1998) recogen que las principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes son:

- ❖ Efectos físicos: problemas de sueño y pesadillas, cambios en los hábitos alimenticios, y pérdida del control de esfínteres.
- ❖ Efectos conductuales: el consumo de drogas y alcohol, escapadas del hogar, conductas auto lesivas o suicidas, hiperactividad y bajo rendimiento escolar.

- ❖ Efectos emocionales: miedo, hostilidad, agresividad, culpa, vergüenza, depresión, ansiedad, autoestima baja, sentimientos de estigmatización, rechazo de su propio cuerpo, desconfianza, rencor, trastorno de estrés postraumático.
- ❖ Efectos sexuales: conocimiento sexual temprano e inapropiado a su edad, masturbación compulsiva, curiosidad sexual excesiva, conductas exhibicionistas y problemas de identidad sexual.
- ❖ Efectos sociales: déficit de habilidades sociales, retraimiento social y conductas antisociales.

Asimismo, estos autores (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1998) exponen cuales serían las consecuencias a largo plazo, que podrían agruparse en:

- ❖ Secuelas físicas: dolores crónicos, hipocondría y trastorno de somatización, alteración del sueño, problemas gastrointestinales, desórdenes alimenticios.
- ❖ Secuelas conductuales: intentos de suicidio, consumo de drogas y alcohol, trastorno de personalidad múltiple.
- ❖ Secuelas emocionales: depresión, autoestima baja, ansiedad, estrés postraumático, desconfianza y miedo, dificultad para expresar y recibir sentimientos íntimos y de ternura
- ❖ Sexuales: fobias sexuales, insatisfacción sexual, alteraciones en la motivación sexual, trastornos de la activación sexual y del orgasmo, sentimiento de valoración únicamente por sexo
- ❖ Secuelas sociales: problemas interpersonales en las relaciones, aislamiento y dificultades en la educación de los hijos.

8. Modelos explicativos del abuso sexual infantil.

Moreno (2006) recoge la existencia de dos perspectivas en la investigación del abuso sexual infantil, una es la perspectiva centrada en la familia, la cual se basa en las relaciones de incesto entre padres e hijos, donde el origen del abuso sexual se encuentra en una dinámica familiar distorsionada, ya que el hijo o hija reemplaza a uno de sus padres como compañero sexual del otro. La segunda perspectiva es la centrada en el

abusador, donde el origen del abuso se localiza en las características psicológicas y fisiológicas del agresor.

Finkelhor (1984, citado por Moreno, 2006) contempla que en los modelos explicativos centrados en criterios individuales hay hipótesis que intentan superar la suposición de que los abusadores sexuales muestran una cierta patología psíquica señalando características como inmadurez, autoestima baja o sentimiento de inutilidad entre otras. En los modelos basados en criterios familiares, Criville (1987, citado por Moreno, 2006) pone el énfasis en la presencia de conflictividad marital y el alejamiento sexual de la pareja, existiendo una confusión e inversión de roles.

También existen modelos basados en criterios contextuales donde Milner (1999, citado en Moreno, 2006) expone que los abusadores son personas introvertidas, solitarias y con falta de apoyo social. Para Finkelhor (1984, citado en Moreno, 2006) es necesario que para que se dé el abuso sexual infantil se presenten distintos factores de forma simultánea o sucesiva, como la congruencia emocional, la activación sexual ante los niños, el bloqueo de las relaciones sexuales normales y desinhibición comportamental. Faller (1993, citado en Moreno, 2006) expone el modelo integrador, basado en las diferencias entre las condiciones propiciatorias del abuso (factores del sistema social, factores biográficos, factores familiares) y los factores personales, culturales, familiares, ambientales, de personalidad y biográficos que contribuyen a su aparición.

9. El trabajo de prevención.

Goicoechea (2001) indica que el abuso sexual infantil casi nunca viene acompañado de violencia física, pero sí de violencia emocional, ya que se emplea la manipulación, el engaño, la amenaza y/o el soborno. Los menores viven el abuso como una sorpresa debido a que no se lo esperan y no saben que está ocurriendo en un principio, lo que dificulta la revelación. En cuanto a su sexualidad, el abuso daña su desarrollo, impidiéndole establecer relaciones afectivo sexuales normalizadas o incluso le puede llegar a introducir pautas sexuales erróneas y dañinas.

Por tanto, es necesario evolucionar desde la prevención hacia la promoción del buen trato a la infancia. Para ello es necesario involucrar a los padres y otros agentes sociales,

contar con apoyo y asesoramiento para los profesionales de campo, la consideración especial de grupos vulnerables, la planificación y evaluación de los programas, considerando el contexto familiar y social. Es importante demostrar que las intervenciones son eficaces y por tanto, mejoran las condiciones de vida de estos niños.

Los pilares del “buen trato” al menor son:

- ❖ El reconocimiento del niño como persona y sus derechos.
- ❖ Respeto al desarrollo evolutivo del niño.
- ❖ Empatía.
- ❖ Comunicación afectiva.
- ❖ Vinculación afectiva e interacción.
- ❖ Resolución positiva y no violenta de conflictos.

1.1. Niveles de Prevención

1.1.1. Primaria:

La prevención primaria es definida por Goicoechea (2001) en el Manual de Save the Children, como la intervención dedicada a la población en general, que tiene como objetivo incrementar los conocimientos y proporcionar pautas de relación positivas y de autodefensa cuando el abuso aún no se ha producido, favoreciendo con ello su detección y reducción de la incidencia de los casos con el fin de abordar los derechos de los niños, la educación afectivo-sexual y la promoción del buen trato. Durante esta intervención es importante el entrenamiento de la asertividad y de las habilidades de discriminación del abuso, de afrontamiento del hecho y de la búsqueda de ayuda. En estos programas de prevención primaria se distingue entre los contenidos que se deben incluir con los niños y los que se desarrollan con adultos y adolescentes.

López y del Campo (1997, citado en Goicoechea, 2001) afirman que ha de conservarse la perspectiva de los valores de la ética relacional, como un modo de relacionarse con otros basado en el respeto a los derechos humanos. Esos valores son la igualdad entre los sexos, el reconocimiento de la sexualidad infantil, el reconocimiento y fortalecimiento de los vínculos afectivos y la sexualidad entendida como encuentro placentero e intercambio de afecto, no solo como acto sexual.

Para llevar a cabo estos programas de prevención primaria se cuentan con distintos ámbitos de actuación, como el comunitario, el sociosanitario, el educativo y el ámbito policial y judicial. Pero, para este trabajo nos vamos a centrar en definir y concretar el ámbito comunitario, sociosanitario y educativo, donde la actuación del papel del trabajador social es primordial en la detección y atención.

En el ámbito comunitario, los distintos agentes involucrados en la prevención primaria son los que influyen en el desarrollo del niño, como las instituciones locales, los profesionales de ámbito sanitario, educativo, de servicios sociales, los cuerpos de seguridad del Estado y del sistema judicial, los padres y educadores, los voluntarios y las asociaciones. Todos estos agentes tienen el fin de constituir circuitos de trabajo comunitario con las siguientes características:

- ❖ Ser de ámbito local.
- ❖ Tener carácter dinámico.
- ❖ Fomentar el trabajo en red.
- ❖ Dar importancia a las relaciones personales.
- ❖ Garantizar la equidad del peso de los diferentes ámbitos involucrados.
- ❖ Tomar como inicio la promoción de buen trato, el trabajo desde la convivencia y educación.
- ❖ Partir de la evaluación de necesidades reales.
- ❖ Crear protocolos de actuación adaptados al ámbito local.
- ❖ Definir límites y responsabilidades a cada participante.

En el ámbito sociosanitario, Previnfad (Sf., citado en Goicoechea, 2001) recomienda una serie de pautas en los programas de prevención primaria como: la sensibilización y formación de los profesionales de atención primaria en la detección y prevención de casos de abuso sexual infantil; la intervención en psicoprofilaxis obstétrica, incrementando las habilidades parentales; la intervención en “escuelas de padres” u otros centros comunitarios, promoviendo los valores adecuados; la prevención del embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante la educación afectivo-sexual; la intervención en las consultas cuando se inflige castigo físico por parte de los padres o acompañantes adultos; la utilización de “La Guía Anticipatoria”; y la

identificación de los puntos valiosos y positivos de los progenitores, la alabanza de sus esfuerzos y el reforzamiento de su autoestima y sentimiento de eficacia como padres.

En el ámbito educativo, se debe involucrar a profesores, orientadores y demás profesionales implicados, además de los padres y los niños. Los objetivos a desarrollar serán distintos en función del agente de intervención:

Los objetivos con profesionales son:

- ❖ La adquisición de conocimientos y como transmitirlos a los niños.
- ❖ Conocer los factores de riesgo.
- ❖ La adquisición de habilidades de detección de casos de abuso.
- ❖ La adquisición de habilidades para la comunicación con los padres.
- ❖ Conocer cuáles son los indicadores de abuso sexual.
- ❖ Aprender cómo reaccionar ante revelación de los niños.

Los objetivos con los padres se recogen en:

- ❖ Adquirir toma de conciencia.
- ❖ Adquirir conocimientos.
- ❖ Adquisición de habilidades de comunicación con el menor.
- ❖ Identificación de los indicadores.
- ❖ Adquisición de habilidades de reacción ante la revelación.

Es importante incluir el tema del abuso sexual en el currículum de los profesores, a través de información para detectar abusos, y pautas de afrontamiento de posibles casos y de reacción ante la revelación. También es valioso adaptar el programa a todos a los niveles educativos: infantil, primaria y secundaria.

Las habilidades que se trabajan con los alumnos son:

- ❖ La asertividad.
- ❖ Habilidades de discriminación del abuso: buenos y malos secretos, contactos adecuados e inadecuados, etc...
- ❖ Habilidades para afrontar el abuso.
- ❖ Habilidades para la búsqueda de ayuda y recursos.

Es conveniente la aplicación de los programas en los tres niveles educativos, dirigir los programas a los niños y niñas no solo como posibles víctimas, sino como posibles agresores, prolongar el programa durante su escolarización al menos tres veces, enmarcar el programa de prevención en un ámbito de educación sexual o educación para la salud, integrar los programas en el currículum formal como una más de las disciplinas comunes y por último, proponer actividades donde los padres puedan colaborar también.

1.1.2. Secundaria:

Goicoechea (2001) define la intervención secundaria como la intervención dedicada a las poblaciones de riesgo, las cuales debido a sus características o circunstancias tienen mayor riesgo y probabilidad de sufrir el abuso sexual. En ese sentido, se estaría refiriendo a los niños institucionalizados, con discapacidad física o psíquica, hijos de mujeres jóvenes, niños en situación de pobreza, que viven en familias desestructuradas o que viven en familias donde ya han existido abusos. Debe realizarse de una forma integral y, por tanto, los profesionales implicados en la protección a la infancia han de contar con información sobre:

- ❖ Las características y dinámicas de relación entre un abusador y su víctima.
- ❖ Los factores de riesgo y de protección.
- ❖ Los indicadores físicos y conductuales que han de hacer sospechar sobre un posible abuso sexual.
- ❖ Los efectos a corto y largo plazo que una vivencia de abuso sexual tiene en el desarrollo evolutivo del niño.

En este nivel de prevención los profesionales están obligados a seguir una serie de pautas para llevar a cabo su trabajo, como incrementar el conocimiento de los profesionales generalistas, incrementando su formación y su implicación personal, respetar del derecho profesional y el anonimato, evitar que recaiga en ellos toda la responsabilidad en la protección a la infancia, llevar a cabo una evaluación global de la legislación relativa al menor, e imponer la obligatoriedad del tratamiento a los agresores.

En el ámbito sociosanitario, Previnfad (Sf., citado en Goicoechea, 2001) propone una serie de medidas:

- ❖ Identificar las familias de riesgo.
- ❖ Búsqueda sistemática en la apertura de la Historia de Salud de Atención Primaria recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar y otros factores de riesgo.
- ❖ La remisión de los padres son adicciones al alcohol y drogas o trastornos psiquiátricos a centros de salud mental.
- ❖ Conocimiento de todos los recursos comunitarios de ayuda psicosocial
- ❖ Coordinación con el trabajador social de la zona de los planes de trabajo con las familias.
- ❖ Realización de visitas domiciliarias a familias de alto riesgo.
- ❖ Aumento de controles o visitas al Programa de Niño Sano.
- ❖ Favorecer en la preadolescencia y adolescencia información sobre sexualidad tanto a los adolescentes como a sus padres.

Por último, en el ámbito educativo es significativo intervenir en las siguientes esferas:

- ❖ Apoyar y formar a los educadores.
- ❖ Proporcionar pautas y contenidos para trabajar el abuso sexual con los niños en el aula.
- ❖ Sensibilizar a los profesionales del ámbito educativo.
- ❖ Favorecer la coordinación de los profesionales educativos con los de salud y servicios sociales
- ❖ Informar a las familias y a los niños sobre los recursos existentes.

1.1.3. Terciaria:

Goicoechea (2001) expone que la intervención terciaria es aquella intervención que se da cuando ya ha tenido lugar el abuso, tanto con la víctima como con el agresor. En este enfoque es necesario diferenciar entre intervención psicoeducativa en diferentes ámbitos (educativo, servicios sociales o en el ámbito penitenciario) y la intervención terapéutica e individualizada, a medio y largo plazo. Es importante que, en la

rehabilitación, tanto de los agresores como de las víctimas, no se produzca una identificación negativa ni una estigmatización social.

En el ámbito sociosanitario, Previnfad (Sf., citado en Goicoechea, 2001) establece una serie de tareas para los profesionales que intervienen en casos de abuso sexual infantil:

- ❖ Desarrollar circuitos fluidos de atención, coordinando los servicios de hospital y atención primaria, de modo que, por ejemplo, un caso no llegue a juicio sin pasar por servicios sociales.
- ❖ La atención a las lesiones inmediatas y secuelas físicas sin que se produzca menoscabo del diagnóstico forense o alteración de pruebas.
- ❖ Asegurar el apoyo emocional a la víctima.
- ❖ La prevención del aumento de la gravedad del abuso.
- ❖ La modificación de la estructura y recursos del entorno del agresor y de la víctima, proporcionándoles apoyos a ambos.
- ❖ La atención al grupo familiar desde el punto de vista sociosanitario, por ejemplo, del alcoholismo o drogodependencias.
- ❖ La prevención de la concepción no deseada cuando el abuso fue reciente y la interrupción voluntaria del embarazo producto del abuso.
- ❖ La prevención de enfermedades como la hepatitis B, C, el sida y de transmisión sexual.
- ❖ La atención a la familia de la víctima reconvirtiendo sus recursos en protectores de ésta.

En el ámbito educativo, se deben contemplar una serie de indicadores para su eficacia:

- ❖ Acompañamiento y apoyo afectivo al niño o niña víctima de abuso sexual.
- ❖ Garantía de la privacidad de la información
- ❖ La realización de un seguimiento al niño.
- ❖ La comunicación de los casos de abuso sexual de los que se tenga sospecha o conocimiento a las autoridades pertinentes.
- ❖ El trabajo en red en coordinación con los servicios sociales y el centro de salud.
- ❖ Evitar la negación del problema.

- ❖ La intervención en los casos de agresiones sexuales intraescolares no puede limitarse a la sanción, ha de ser educativa.
- ❖ Tanto en los centros escolares como en los de internamiento, es necesario que los profesionales se conciencien de que no pueden ocultar y proteger a sus compañeros cuando éstos son los posibles agresores sexuales.

En este nivel de prevención, tras la denuncia del abuso sexual puede surgir la revictimización secundaria del menor durante el proceso judicial. Dupred y Unda (2013) la definen como el resultado de la implementación de procedimientos de atención inadecuados que llevan a cabo un recorrido repleto de obstáculos, y que no respetan la vivencia de la víctima, reactivando emociones negativas en relación con la agresión y propiciando una repetición de la experiencia del abuso.

En algunos casos la intervención terapéutica individualizada no es la más adecuada, sobre todo en los primeros momentos ya que puede provocar efectos negativos. Por lo tanto, hay que diseñar intervenciones más generalistas en las que se proporcione herramientas de manejo de la situación y aceptación de una intervención terapéutica si fuese necesario.

Intebi (2012) destaca como objetivo final de la intervención protectora el garantizar el bienestar de los menores gracias a cubrir sus necesidades básicas. La intervención apunta a disminuir los factores de riesgo y a reforzar los factores de protección. Para ello es de gran relevancia trabajar con las figuras parentales, los niños y adolescentes y la red de apoyo. El foco de la intervención será establecer y asegurar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar, la seguridad y el desarrollo del menor. Por lo tanto, es conveniente conocer las dificultades de las familias, las cuales se suelen presentar en diversas áreas, y pueden convertirse en agentes potenciadores o mantenedores de la desprotección.

Con los adultos no agresores es necesario trabajar para que tomen conciencia de cómo cuidar y proteger a sus hijos, para que acompañen a sus hijos en el proceso de recuperación y para evitar la revictimización. Aquí es donde los profesionales de intervención familiar tienen un papel significativo en la protección, detección y prevención. La mayoría de los padres no poseen una conciencia clara de la situación, por

lo que carecen de motivación para la implicación en el proceso de cambio. En los abusos sexuales intrafamiliares es común que la familia se divida entre el apoyo al menor o al agresor, por lo que los Servicios de Protección deberán intervenir y tomar la iniciativa en el apoyo al menor, llevando a cabo estrategias que minimicen las resistencias y favoreciendo la implicación de la familia.

La intervención ante cualquier forma de desprotección infantil, incluido el abuso sexual, es enmarcada en un contexto de autoridad y control ejercido por los Servicios de Protección Infantil, que lleva a que los profesionales de intervención familiar representen un rol de apoyo y un rol normativo a la familia. Cuando las familias cuenten con distintas dificultades como puede ser enfermedad mental, será necesario contar con la colaboración de otros servicios y recursos comunitarios. En el caso de los abusos sexuales es elemental la coordinación con la Justicia.

Intebi (2012) muestra una serie de principios orientadores, bajo los cuales deben trabajar los profesionales de intervención familiar:

- ❖ La finalidad de la protección es transformar a las familias que dejan a los menores en situación de riesgo en familias adecuadas.
- ❖ Perseguir el interés superior del menor.
- ❖ La estrategia de intervención como una mejor alternativa a la ausencia de protección.
- ❖ La intervención como una alternativa definitiva que garantice la continuidad de la atención y la estabilidad de la vida familiar de las personas menores.
- ❖ Escoger las intervenciones mínimas que produzcan la menor intromisión posible en la vida de los menores y de sus familias.
- ❖ Las decisiones que se adopten serán evaluadas y se controlarán los riesgos y los beneficios que puedan generar.

Tras haber confirmado la sospecha de abuso sexual infantil se lleva a cabo la elaboración del plan de caso, el cual debe tener resultados positivos y para ello es necesario que los comportamientos violentos y de abuso hayan terminado. Este plan debe contener:

- ❖ Los objetivos generales y fines.
- ❖ Los problemas individuales, familiares y sociales que se abordarán.

- ❖ El orden y la prioridad en que se abordarán.
- ❖ Los recursos/programas/intervenciones que se pondrán en marcha y las tareas que deberán llevarse a cabo para alcanzar dichos objetivos.
- ❖ La metodología de evaluación en el logro de los objetivos.
- ❖ Las consecuencias que podrán ocurrir en caso de alcanzarse y en caso de no alcanzarse los objetivos propuestos.
- ❖ El plazo en que se procederá a la revisión del plan de caso y a la evaluación.

Las intervenciones ante casos de abuso sexual infantil serán en su gran mayoría multimodales, interdisciplinarias, intersectoriales e interinstitucionales para lograr su eficacia.

En el trabajo con víctimas es preciso no patologizar, no minimizar, ni justificar las experiencias vividas, confirmar el papel que estas han tenido en las dificultades actuales y brindar contención a quienes las han sufrido para que de esta manera logren dar un sentido a las experiencias traumáticas vividas en el pasado.

En el trabajo directo es efectivo combinar abordajes grupales separados para los menores y los adultos. Es recomendable la agrupación según el género y la similitud en el desarrollo evolutivo.

En las intervenciones individuales y grupales terapéuticas con menores según Intebi (2012) se debe tratar:

- ❖ Comportamientos en los que la persona menor resulta víctima o agresor/a en las relaciones interpersonales.
- ❖ La desconfianza hacia los demás.
- ❖ La reparación de vínculos intrafamiliares.
- ❖ Las dificultades afectivas: angustia, problemas de sueño, regresiones.
- ❖ Las dificultades para identificar las emociones y/o para hablar de cómo se sienten consigo mismos.
- ❖ La adquisición de habilidades y conductas para poder calmarse.
- ❖ Síntomas somáticos.
- ❖ Problemas escolares de la atención, la concentración, hiperactividad.
- ❖ El desarrollo de habilidades relacionadas con el control.

- ❖ La recuperación de una percepción adecuada hacia ellos.
- ❖ Problemas de límites.
- ❖ Habilidades sociales.

La intervención grupal con menores es efectiva en un corto plazo, ya que contribuye a la disminución de los sentimientos de aislamiento y anormalidad, se trabajan habilidades de socialización, evitan la intensidad de las intervenciones individuales, tratan los problemas de otros, impiden la amenaza y aumenta la confianza. Al igual ocurre con los adultos no agresores.

En las intervenciones terapéuticas con familias es conveniente seguir unas pautas o principios:

- ❖ Priorizar la seguridad psicofísica de la víctima y de sus hermanos.
- ❖ Cuando las sesiones o la intervención sean llevadas a cabo por profesionales ajenos al Servicio de Protección Infantil, éstos deberán notificar si detectan aumentos en los niveles de riesgo o riesgo de revictimización.
- ❖ Una vez confirmada la sospecha de abuso sexual creer a la víctima y desestimar las negaciones del agresor.
- ❖ Excluir al abusador del hogar.
- ❖ Trabajar para que las conductas abusivas o de desprotección dejen de ser minimizadas y/o naturalizadas y para que provoquen malestar y preocupación en quienes las ejercen.
- ❖ Enseñar formas alternativas de comportarse con los hijos.
- ❖ Evitar y desalentar las proyecciones parentales sobre los hijos.
- ❖ Explicar las consecuencias de la traumatización crónica y elaborar estrategias de contención emocional y de protección de las víctimas.
- ❖ Contribuir a que los adultos no agresores comprendan las necesidades y los motivos que llevan a sus hijos a comportarse de una manera determinada.
- ❖ Enseñar a guiar y a poner límites.
- ❖ Instruir para incrementar las interacciones gratificantes con sus hijos.
- ❖ Contribuir a aliviar las situaciones de estrés, en especial las relacionadas con la revelación de los abusos y con las vicisitudes propias de la intervención legal.
- ❖ Instruir en cuestiones relacionadas con la intimidad.

- ❖ Proveer un contexto adecuado para la revisión de sus historias personales.
- ❖ Tener en cuenta que, en los casos de abusos sexuales intrafamiliares, con frecuencia no es posible la reunificación familiar por lo cual conviene trabajar la cuestión y prever soluciones alternativas.

10.La intervención desde el Trabajo Social.

Fuentes (2012) considera que la profesión del Trabajo Social es de vital importancia en el abordaje interdisciplinario del abuso sexual infantil, principalmente en el ámbito familiar, donde el trabajador social se coordina con otros recursos y servicios para atender la situación y proteger a los menores. El Trabajo Social aborda los diferentes niveles de atención, como son el individual, grupal y comunitario. En cuanto al abuso sexual infantil, la prevención se orienta tanto a profesionales como a padres y menores, previniendo el problema y usando estrategias para detectarlo, con el fin de tomar una decisión exitosa con el menor impacto negativo para la víctima, gracias a las estrategias teórico metodológicas del trabajador social.

Sepúlveda (Sf., citado en Fuentes, 2012) define el Trabajo Social como:

Una intervención científica que se enmarca en la ciencia social y que constituye mediaciones vinculares con las nuevas condiciones de producción material, social y simbólica por la que atraviesan los sujetos sociales en su vida cotidiana, que le exige una competencia teórico-metodológica y lo ético-político en relación a la cuestión social. El trabajo social es una unidad de intervención, articula la dimensión familiar, grupal y comunitaria en la que se desarrolla su accionar profesional. (p.26).

En ese sentido, los trabajadores sociales deben concebir al menor como individuo y como ser social, considerándole importante en la resolución de conflictos emocionales, tanto en él como con su familia (Cely, 2003, citado en Fuentes, 2012).

Pagaza (1998, citado en Fuentes, 2012) sitúa la importancia en la metodología de la intervención, debido a que dota a esta de procedimientos que le ordenan y le dan sentido. Pero es fundamental contar con una estrategia flexible que articule la acción del trabajador social con el contexto, permitiendo una reflexión dialéctica y crítica en las situaciones problemáticas. Respecto al rol del trabajador social, De Jong (Sf., citado en

Fuentes, 2012) lo concreta en el de la asistencia para la prevención, promoción y organización familiar, en la búsqueda de la resolución a las necesidades del grupo familiar, mediante una acción planificada en lo estratégico, organizada en la acción y coordinada en la intervención entre los diferentes sujetos, partiendo de un análisis comprensivo, de los conflictos de la vida familiar.

Algunas funciones del trabajador social en esta área se podrían concretar en:

- ❖ Realizar la lectura detallada del caso, con el fin de obtener información tanto legal como familiar para la intervención.
- ❖ Realizar visitas domiciliarias a la vivienda donde se encuentre el menor.
- ❖ Investigar donde ocurrió la agresión: red familiar (materna y paterna), institución educativa y toda la información posible respecto de la vida cotidiana de la presunta víctima, para precautelar su bienestar y proteger a otros menores de edad.
- ❖ Coordinación con el área psicológica de la institución a fin de corroborar o no la situación de abuso sexual.
- ❖ Coordinar acciones de resguardo a la víctima, que varían de acuerdo a la situación, incluyendo el alojamiento temporal. Aunque se prioriza el interés superior del niño y que este permanezca en un contexto familiar.
- ❖ Gestionar la reinserción escolar o inclusión en algún programa de apoyo.
- ❖ Coordinación con instituciones de patrocinio legal.
- ❖ Asesoramiento y acompañamiento.
- ❖ Asegurar en todo el proceso el absoluto respeto por los derechos del niño, evitando la revictimización.
- ❖ Orientar al adulto responsable a fin de que pueda hacer uso de sus propios recursos para enfrentar la situación.
- ❖ Hacer un seguimiento social, para conocer cuál fue la respuesta de la justicia, si se cumple la medida cautelar o cómo continua el tratamiento psicológico, entre otros, con el fin de conocer y asegurarse de que el niño y su familia se han reestablecido del problema.
- ❖ Búsqueda de reinserción de la víctima al entorno familiar y escolar a fin de unificar acciones en beneficio de la víctima.

En la Comunidad de Castilla y León ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia, desde el ámbito de salud se lleva a cabo un Protocolo Sanitario de Actuación, creado por Ledesma et al. (2016), el cual también hace referencia al abuso sexual infantil.

La detección es la primera condición que debe darse para que un menor pueda ser protegido, la cual incluye tanto las situaciones de maltrato como las de sospecha, riesgo y vulnerabilidad que puede llevar a que se produzca dicha situación. Esta detección se realiza a través de unos indicadores. Ledesma et al. (2016) plantean una serie de indicadores del abuso sexual infantil, estos son:

- ❖ Indicadores físicos:
 - Contusiones o sangrado en genitales externos, zona vaginal o anal.
 - Enfermedades de transmisión sexual.
 - Vulvovaginitis, ITU de repetición.
 - Restos de semen en vagina, boca, ano o ropa.
 - Embarazo especialmente al principio de la adolescencia.
 - Otros indicadores: dificultad para andar y sentarse, cuerpos extraños en uretra, vagina, vejiga. Dolor o picor en la zona genital.
- ❖ Indicadores comportamentales del menor:
 - Fuerte resistencia a la exploración de genitales.
 - Dice haber sido atacado sexualmente por un padre/cuidador.
 - Manifiesta conductas sexualizadas o conocimientos sexuales inusuales.
 - Trastornos del sueño o de alimentación.
 - Enuresis.
 - Retraimiento, depresión baja autoestima, intento de suicidio, anorexia, problemas de conducta.
- ❖ Conducta del agresor/cuidador:
 - Extremadamente celoso del niño.
 - Alienta al niño a implicarse en actos sexuales en presencia del cuidador.
 - Sufrió abuso sexual en su infancia.
 - Dificultades en las relaciones de pareja.
 - Está frecuentemente ausente del hogar.

- Alcoholismo o drogas.

La detección de situaciones de abuso sexual no siempre es fácil debido a que en algunas situaciones no aparecen indicadores específicos y claros, sino que existe una gran heterogeneidad en las manifestaciones que, con frecuencia, se asocian a distintos tipos de maltrato. Además, en algunos casos, no es posible obtener el testimonio del menor de manera que la detección solo puede realizarse a través de la búsqueda activa de signos y señales de alerta. Por último, la no existencia de un perfil de maltratador también dificulta este proceso de detección.

El maltrato puede ser detectado tanto por los profesionales sanitarios, profesionales en contacto con el menor o profesionales que detectan situaciones de violencia de género hacia la mujer y conocen la presencia de menores en el hogar, así como por cualquier ciudadano que fuera testigo o tuviera conocimiento de ello.

Tras la presencia de uno o varios indicadores es necesario llevar a cabo una valoración inicial, la cual debe incluir:

- ❖ Anamnesis y registro, en la historia clínica, de la información que justifique los indicadores que hacen sospechar el maltrato.
- ❖ Entrevista a los padres y también al niño presuntamente maltratado.
- ❖ Hacer una exploración física y psicológica, especialmente cuidadosa.
- ❖ Pueden estar indicadas la realización de exploraciones complementarias (radiografías, oftalmoscopia, TAC, analíticas, serologías, muestras de secreciones, etc.) en función de la clínica y anamnesis.
- ❖ Explorar la situación familiar si no se conoce: apoyos, problemas de pareja, monoparentalidad, convivientes, problemas sociales, mentales, si tiene hermanos, familia extensa.

Tras esta valoración pueden darse dos situaciones: una, que se ponga en evidencia el maltrato físico o psicológico; y dos, la sospecha de maltrato debido a que no existe evidencia de que las lesiones sean debidas a maltrato. En ambas situaciones se procederá a la notificación del caso a los Servicios Sociales, ya sea a los que dependen de la Administración Local, en aquellos casos en los que el maltrato sea leve o moderado o bien a los Servicios Sociales de competencia autonómica en caso de maltrato grave,

como es el abuso sexual, debido a la existencia de indicadores físicos, psicológicos y sociales de maltrato o explotación que ponen en peligro la integridad y el bienestar del menor.

El procedimiento de actuación, por tanto, es diferente en aquellos casos de riesgo por maltrato leve-moderado que, en los casos por maltrato grave y desamparo, los cuales se pueden ver en el anexo 1.

El protocolo de actuación en caso de riesgo por maltrato leve o moderado, consiste tras la valoración y la atención sanitaria de la víctima, en la notificación del caso al trabajador social del centro sanitario y a los Servicios Sociales básicos del municipio donde habita el menor. Los profesionales de Servicios Sociales valorarán el caso para llevar a cabo la intervención o la derivación al Servicio de Protección a la Infancia. Las funciones del trabajador social del centro sanitario se concretan en entrevistar al menor y su familia, solicitar antecedentes sociofamiliares e integrar la información de otras áreas y coordinar la intervención sanitaria con otras instituciones como Servicios Sociales o Servicio de Protección a la Infancia ente otros.

Si el caso se detecta en el Hospital se deberá informar al trabajador social para que este lo notifique a los profesionales de Atención Primaria.

Por otro lado, el protocolo de actuación en caso de riesgo por maltrato grave consistiría en atender de forma inmediata y prioritaria la salud del menor, y asegurar su protección. Posteriormente, se procede a comunicar el caso a la Sección de Protección a la Infancia de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, además de al trabajador social del centro sanitario. En el caso de abusos sexuales se efectuará la notificación al Juzgado de Guardia, y si la integridad del menor corriese peligro se comunicaría a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de Estado, además de a los profesionales de atención primaria.

MARCO NORMATIVO.

Los derechos de los niños se encuentran plenamente estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada como Tratado Internacional de Derechos Humanos el 20 de noviembre de 1989, y es obligatoria para los Estados firmantes, conllevando que en los últimos años haya habido un cambio significativo en la percepción social de la gravedad y trascendencia de los delitos sexuales que tienen a los menores como sujeto pasivo.

La Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas en su artículo 19 establece la obligación de los Estados de proteger a los niños y las niñas de toda forma de violencia, incluido el abuso sexual, a través de medidas legislativas, administrativas y procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

En el artículo 34 se defiende que los Estados partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Para ello tomarán las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir, la incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal, la explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales y la explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Por último, se hace referencia en el artículo 36, a la protección del niño contra todas las demás formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar por parte de los Estados.

El Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas es el organismo que vigila el cumplimiento por parte de los Estados de la anterior Convención. Este Comité defiende en su Observación General N.º 13 que “la protección contra todas las formas de violencia debe considerarse no solo desde el punto de vista del derecho del niño a la vida y la supervivencia, sino también en relación con su derecho al desarrollo, que se ha de interpretar en consonancia con el objetivo global de la protección del niño”.

El Congreso Mundial contra la explotación sexual comercial de los niños celebrado en Estocolmo del 27 al 31 de agosto de 1996 aprobó una Declaración y un Programa de acción con medidas destinadas al fortalecimiento de la cooperación de los Estados y un compromiso de revisión del derecho interno. Con ello se desarrollaron, se reforzaron y se aplicaron medidas legales nacionales que establecían la responsabilidad criminal de los proveedores de servicios, clientes e intermediadores en la prostitución, tráfico y pornografía infantil.

En cuanto al ámbito europeo hay que destacar, la Carta Europea de los Derechos del Niño de 1992, que obliga a proteger de manera especial a los niños víctimas de malos tratos por parte de los miembros de su familia, asegurando una educación y tratamiento. También, es necesario nombrar la Resolución del Parlamento Europeo de 19 de septiembre de 1996 en la que se considera como prioridad en todos los estados luchar contra la explotación sexual infantil. Además, hay que tener en cuenta la Acción común de 24 de febrero de 1997, aprobada por el Consejo de la Unión Europea contra la trata y la explotación sexual infantil. Por último, a nivel europeo, se ratificó la Directiva 2012/29 de la Unión Europea del Parlamento Europeo y el Consejo Europeo, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos.

Gracias a la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas se incorpora en el ordenamiento jurídico español el principio general del “interés superior del niño” y de la consideración de los niños y las niñas como “titulares de derechos”. Por ello la Constitución Española establece en su artículo 39.4 que “los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.”

En España para amparar y proteger los derechos infantiles se aprobó la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, posteriormente reformada mediante la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Las modificaciones que se llevan a cabo en materia de delitos sexuales son el reforzamiento de la posición del menor frente a los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, trata de seres humanos y explotación de los menores, estableciendo el deber de toda persona que tuvieran noticia de un hecho que

podiera constituir un delito de este tipo de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal. Se establece, además, como requisito para poder acceder a una profesión que implique contacto habitual con menores, no haber sido condenado por uno de estos delitos. Para ello se crea el Registro Central de Delincuentes Sexuales, que contendrá la identidad de los condenados por delitos contra la libertad e indemnidad sexual, trata de seres humanos, o explotación de menores, e información sobre su perfil genético de ADN.

El Código penal también fue modificado mediante la Ley Orgánica 11/1999 de 30 de abril en su Título VIII del Libro II con el fin de garantizar la integridad y libertad sexual de los menores y personas con incapacidad mediante la reforma de los tipos delictivos de abuso sexual, asimismo, de tipificar penalmente la conducta de quienes, por cualquier medio, vendan, difundan, exhiban o faciliten la difusión, venta o exhibición de materiales pornográficos del anterior colectivo. El Código penal diferencia entre agresión sexual y abuso sexual en la existencia o no de violencia o intimidación. Por tanto, aquellos artículos que hacen referencia al abuso sexual son los artículos 181, 182 y 183. El artículo 181 recoge que “el que, sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizare actos que atenten contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona, será castigado, como responsable de abuso sexual, con la pena de prisión de uno a tres años o multa de dieciocho a veinticuatro meses.” Considerando abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años. Por tanto, prohíbe a todos y en toda circunstancia interferirse en la vida sexual de un menor de trece años.

Por otro lado, el artículo 182 agrava los actos sexuales anteriormente nombrados en el artículo 181, cuando exista acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías castigando al agresor a un apena entre cuatro y diez años de cárcel. Y, por último, el artículo 183 que penaliza los actos sexuales cometidos a menores entre trece y dieciséis años, mediante engaño, con o sin acceso carnal con pena de prisión de uno a dos años o multa de doce a veinticuatro meses.

También es importante destacar la existencia del protocolo básico de actuación frente a casos de maltrato infantil, el cual recoge el abuso sexual como una categoría básica de maltrato infantil y establece una serie de actuaciones generales y otras individualizadas

según el ámbito de actuación. Pero no se cuenta con un protocolo específico para las situaciones de abuso sexual infantil, dificultando el papel y la intervención de los distintos profesionales.

En Castilla y León se cuenta con la Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia, que determina un marco jurídico para ordenar las políticas encargadas de asegurar el bienestar de las personas menores de edad, así como su promoción, garantía y defensa de los derechos, para la prevención de todas las situaciones que puedan dificultar el pleno desarrollo e integración, para la protección de aquellos que puedan encontrarse en desamparo o riesgo y para la atención de otras necesidades específicas, en el ámbito de esta Comunidad. Partiendo de la consideración de la primacía del interés del menor, desde la corresponsabilidad, la integralidad y la coordinación, y persiguiendo la adecuación de dicho marco a la realidad social. Y, para finalizar, el Decreto 131/2003 que regula la protección de los menores en situación de riesgo y desamparo.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

1. Objetivo general.

El objetivo principal de esta investigación es conocer la problemática del abuso sexual infantil y analizar cómo se desarrolla la intervención desde el Trabajo Social con las víctimas y sus familias.

2. Objetivos específicos.

- ❖ Explorar la problemática del abuso sexual infantil.
- ❖ Conocer la normativa sobre el abuso sexual infantil.
- ❖ Conocer los programas y protocolos de intervención que se llevan a cabo en la provincia de Valladolid.
- ❖ Analizar la intervención del trabajador social en casos de abuso sexual infantil.
- ❖ Investigar sobre la coordinación entre profesionales ante casos de abuso sexual infantil.

DISEÑO METODOLÓGICO.

La investigación social constituye un proceso en el que se aplica el método y las técnicas científicas al estudio de situaciones y problemas de la realidad social. En esta investigación se hace referencia al abuso sexual infantil y su abordaje desde el Trabajo Social. El objetivo es analizar y conocer la intervención que se lleva a cabo en esta problemática desde el Trabajo Social en distintos ámbitos como el comunitario, mediante los servicios de atención primaria o asociaciones, el ámbito de salud y el educativo, a partir de un conjunto de entrevistas realizadas a profesionales.

El diseño del proceso de investigación ha sido de índole cualitativa, de manera que nos permita comprender y analizar la intervención del trabajador social con menores víctimas de abuso sexual de forma más profunda, mediante la realización de entrevistas con profesionales que intervengan o hayan intervenido de forma directa en situaciones de abuso sexual en menores.

1. Participantes.

Para llevar a cabo esta investigación se ha contado con la participación de profesionales que han abordado directamente casos de abuso sexual infantil. Se ha estimado pertinente recoger la opinión y experiencia de diferentes tipos de profesionales para, de este modo, abordar la problemática de manera integral, considerando así el trabajo que llevan a cabo diferentes profesionales en sus respectivos ámbitos. Para ello, se ha contado con la participación de una trabajadora social de CEAS; una psicóloga, coordinadora y profesional de referencia de un Equipo de Intervención Familiar; la trabajadora social de una asociación de mujeres víctimas de violencia de género y agresiones sexuales y un trabajador social del ámbito de Salud. Contar con diferentes profesionales de distintos ámbitos, ha permitido abordar los diferentes objetivos de investigación planteados que consistían en analizar la intervención interdisciplinar desde el Trabajo Social, conocer el trabajo de coordinación entre los distintos profesionales que actúan en casos de abusos sexuales a menores y conocer el protocolo de actuación.

Tabla 3: Participantes de la investigación social.

Profesional	Función
Trabajadora social de CEAS	Trabajadora social de una zona de la provincia de Valladolid.
Trabajadora social asociación	Trabajadora social, coordinadora y agente de igualdad de una asociación de víctimas de violencia de género y agresiones sexuales.
Psicóloga	Psicóloga y coordinadora de un Equipo de Intervención Familiar en la provincia de Valladolid.
Trabajador social de salud	Trabajador social de un Hospital de la provincia de Valladolid.

Fuente: Elaboración propia.

2. Material y/o instrumento.

Para realizar la investigación, he llevado a cabo entrevistas individuales, abiertas y en profundidad con los distintos profesionales. La entrevista se define como una técnica de obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o tratamientos sociales.

La entrevista ha contado con un guión común para todos los profesionales, abordando la dimensión y contextualización del problema, el método de intervención y las propuestas de mejora. Dicho instrumento se puede contemplar en el anexo 2.

Se ha optado por seleccionar este instrumento debido a que proporciona información de forma directa, muy pertinente y detalla por parte del entrevistado, tratando un mayor número de cuestiones y obteniendo así los objetivos propuestos en la investigación.

3. Procedimiento.

Tras hacer una revisión bibliográfica de los documentos y datos encontrados en distintos manuales, libros y guías, y conocer con ello más profundamente el abuso sexual infantil y su abordaje, y a la luz de los objetivos de mi investigación, he elaborado un guión de entrevista abierta en profundidad, con el objetivo de que los distintos profesionales pudieran explicar su intervención de manera directa con las víctimas y sus familias, la coordinación que llevan a cabo con otros profesionales y servicios, y los protocolos que siguen, entre otras cuestiones.

Para realizar las distintas entrevistas, se ha pedido colaboración y permiso al Servicio de Intervención Social del Ayuntamiento de Valladolid, facilitándonos el contacto con los profesionales de CEAS y del Equipo de Intervención Familiar, para seguidamente citarme con los profesionales en su lugar de trabajo para la ejecución de las entrevistas. En cambio, con el profesional del ámbito de salud me he puesto en contacto mediante llamada telefónica, y con la trabajadora social de la asociación mediante un primer contacto en su lugar de trabajo, para seguidamente citarme con ambos y proceder a realizar dichas entrevistas. Tras finalizar los distintos encuentros con los expertos, he analizado las entrevistas con el objetivo de poder conocer en profundidad cuales son las funciones del trabajador social y el papel del Trabajo Social en casos de abuso sexual con menores y su abordaje desde distintos ámbitos y entidades.

4. Plan de análisis de los resultados.

Tras la realización de las entrevistas he procedido a realizar el análisis cualitativo de contenido temático. Primero he capturado, transcrito y ordenado la información de las entrevistas, organizando el material a analizar y realizando lecturas sucesivas para posteriormente llevar a cabo la codificación de los datos, separándolos por categorías de codificación, para ordenar y dar un significado a toda la información. La siguiente fase ha sido interpretar los datos, siguiendo el criterio de afinidad o analogía semántica, e ilustrarlos a partir de citas procedentes de las entrevistas, como podrá verse en el apartado de "Resultados".

5. Consideraciones éticas.

La ética es una parte fundamental en la práctica profesional de los trabajadores sociales. Por ello en el diseño de la investigación, se ha apostado por garantizar tanto la confidencialidad de los datos obtenidos y grabados en la entrevista, como el anonimato del profesional entrevistado, el cual participa de forma voluntaria. De esta manera, se ha garantizado que toda la información proporcionada por los participantes será utilizada únicamente con fines de investigación. Todo se ha especificado en el Formulario de Consentimiento Informado, firmado de manera previa a la realización de la entrevista por el participante y el investigador, el cual se puede ver en el Anexo 3.

RESULTADOS.

Tras la realización de distintas entrevistas a profesionales que han intervenido en casos de abuso sexual infantil se puede comprobar la importancia del abordaje del Trabajo Social y la interdisciplinariedad, debido a su delicadeza y complejidad. Los elementos analizados en esta investigación son: la dimensión de la problemática y su variable de género, el proceso de intervención de los distintos profesionales (detección de los casos, coordinación entre profesionales y entidades, tipologías de terapia, derivación y seguimiento de los casos), el papel de la familia en las situaciones de abuso, la prevención que se lleva a cabo desde distintas instituciones, y, por último, las propuestas de mejora.

En cuanto a la dimensión del abuso sexual en menores, los profesionales destacan que los casos de abuso sexual infantil con los que han intervenido son pocos en relación con el porcentaje de víctimas que se conoce que existe, y que esta problemática no solo se da en familias desestructuradas. Esta consideración muestra que aún existe una invisibilidad del problema y una difícil detección, debido a que los indicadores no siempre son lo suficientemente claros y perceptibles, dificultando su descubrimiento por parte de profesionales que no tienen especificidad en la formación del abuso sexual infantil, ni conocen como deben actuar ante ello.

“A veces hay sospechas, pero no tantas evidencias, de toda la intervención que hacemos solo son un 5 o 10 %.” (Psicóloga del Equipo de Intervención Familiar)

“La verdad es que existen, pero no llegan a los Servicios Sociales tan fácilmente como nos gustaría.” (Trabajadora Social de CEAS)

Además, se acentúa una variable de género en los casos intervenidos. Ya que se puede comprobar que la mayoría de casos abordados son de género femenino.

“En cuanto al sexo de los menores, yo solo he intervenido con género femenino.”
(Psicóloga del Equipo de Intervención Familiar)

La trabajadora social de la asociación de violencia de género y agresiones sexuales destaca que las niñas suelen sufrir más abuso dentro del contexto familiar y con mayor

continuidad y agresividad que los niños. Aun así, en el género masculino también existe el abuso.

En cuanto al proceso de intervención de los profesionales, depende de su ámbito de actuación, pero trabajan en coordinación todas las entidades relacionadas con el menor. En el Trabajo Social destacan las funciones de recepción e investigación del caso, proporcionar información, asesoramiento y apoyo a las víctimas y sus familias, además de la posible detección y el seguimiento coordinando con otros profesionales.

“Como trabajadora social, llevo la orientación de caso y la coordinación con otros profesionales de manera constante, las víctimas demandan mucha información, es dar apoyo y asesoramiento.” (Trabajadora social asociación)

La detección de los casos se produce por parte de salud o del ámbito educativo principalmente, pero también puede detectarse mediante programas llevados a cabo por los CEAS, o incluso por familiares de la víctima.

“Detectan salud, colegio y CEAS principalmente, es decir, dentro de los programas de infancia o los servicios de información con las trabajadoras sociales.” (Psicóloga del Equipo de Intervención Familiar)

“El primer profesional que lo va a abordar es un pediatra, el cual actúa según un protocolo.” (Trabajador social de salud)

Los profesionales del ámbito de salud cuentan con un protocolo sanitario de intervención para abordar los casos (anexo 1). Si hay riesgo para el menor se notifica directamente al Juzgado de Guardia, y si lo ven necesario se persona un forense para evaluar los daños y se actúa en consecuencia. En cambio, si no hay riesgo inminente para el menor se deriva al Trabajador Social de Salud, el cual se pone en contacto con el Servicio de protección a la Infancia de Castilla y León, y posteriormente notifica al CEAS correspondiente.

El médico de Atención Primaria deriva al menor a Salud Mental Infanto Juvenil para que este valore su estado y los posibles efectos postraumáticos tras el suceso. También puede ocurrir que el psiquiatra en consulta detecte posibles situaciones de riesgo, maltrato o abuso, derivando el caso al trabajador social de Salud Mental Infanto Juvenil

para que realice las investigaciones pertinentes, comprobando versiones y actuaciones realizadas por otros profesionales y entidades como CEAS, Centros de Salud, colegios, Protección a la Infancia, etc. Una vez recopilada la información se realiza un informe bastante minucioso que va dirigido a Protección a la Infancia y a Fiscalía de Menores para que actúen en consecuencia. Posteriormente el trabajador social de Salud Mental Infanto Juvenil se limita a hacer un seguimiento del menor, haciendo de interlocutor entre los profesionales de Salud Mental y Protección a la Infancia y Centros de Protección en el caso de que el menor haya salido del domicilio.¹

Desde el CEAS, el papel del trabajador social tras la recepción del caso, es determinar si el menor víctima de abuso sexual está en una situación de riesgo o desamparo. Para ello es necesario investigar la situación y llevar a cabo una coordinación con todas las entidades relacionadas con el menor. Y una vez que se ha conseguido crear un vínculo de confianza con la familia o con el progenitor de referencia, se comienza la intervención con el menor y su familia, mediante la derivación al Equipo de Intervención Familiar, formado por psicólogos y educadores familiares.

“Nuestra labor fue coordinarnos con todas las entidades que pudieran estar relacionadas con el menor para investigar el posible riesgo o desprotección.”

(Trabajadora social CEAS)

Aquí también cobra importancia el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de los colegios. El cual se va a coordinar con Servicios Sociales mediante el intercambio de información, para el seguimiento y colaboración del caso. Con el fin de informar sobre la situación del menor en el colegio, su asistencia, comportamiento, la colaboración familiar o su estado de ánimo entre otros.

La derivación al Servicio de Protección a la Infancia se lleva a cabo cuando la familia no protege al menor, y este sigue en una situación de riesgo, llegando incluso a la posibilidad de retirada del menor del ámbito familiar. Una vez que el menor tiene garantizada la protección física se comienza el Programa de Menores en situación de riesgo o desamparo, desde el Equipo de Intervención Familiar.

¹ Datos provenientes de una conversación informal con una trabajadora social de Salud Mental.

“Al Servicio de Protección a la Infancia se deriva cuando la familia no reconoce el abuso y no protege al menor. Si la familia protege y el abusador sale de casa no hay que notificar porque ya se produce una denuncia con su posterior juicio.”
(Psicóloga del Equipo de Intervención Familiar)

Este Programa tiene un procedimiento similar en todos los casos, el primer paso es notificar a la familia la situación y dar la posibilidad de una intervención terapéutica. Una vez que es aceptada, se firma un Acuerdo basado en la Ley de Protección al menor de Castilla y León del año 2002, y seguidamente se inicia la terapia.

“La familia sabe que se está comprometiendo en hacer todo lo posible porque su hijo no siga en una situación de riesgo, saben que, si no consiguen unos objetivos que garanticen que ese menor se mantiene con unos mínimos, tendríamos la posibilidad de notificarlo a la Sección de Protección a la Infancia.” (Psicóloga del Equipo de Intervención Familiar)

La terapia en casos de abuso sexual infantil consta de dos partes: una es la terapia de índole educativa, la cual es llevada a cabo por un educador familiar, con el fin de mejorar el funcionamiento habitual mediante el apoyo en temas cotidianos y de convivencia familiar; y otra parte fundamental es la terapia psicológica, que tiene el objetivo de apoyar terapéuticamente, bien desde sesiones de terapia individual con el menor para paliar el daño emocional sufrido, o mediante sesiones familiares, donde se trabajan aptitudes y prevención con la familia, además del apoyo. Una vez que se consiguen los resultados precisos la intervención se cierra y se lleva a cabo un seguimiento.

“Nosotros derivamos al Programa de Infancia de CEAS, donde se proporciona apoyo escolar, para tener un elemento de control.” (Trabajadora Social de CEAS)

Los Servicios Sociales también se coordinan con otras instituciones o asociaciones como pueden ser la, Agrupación de Mujeres Abogadas de Valladolid (AMAV) o la Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y Malos Tratos (ADAVASIMT) para llevar a cabo terapias psicológicas u orientaciones e intervenciones en otros ámbitos. En este sector, el papel del Trabajo Social se fundamenta principalmente en el apoyo y orientación del caso y la coordinación constante con otros recursos y profesionales.

“Recepción y primera acogida de los casos, derivación y coordinación a profesionales y entidades necesarias.” (Trabajadora social asociación)

El papel de la familia, en una situación de abuso sexual infantil, es el de proteger al menor. Es importante que muestren su apoyo y no culpabilicen al niño de lo sucedido. También es necesario trabajar con la familia el dolor emocional, y asesorarles e informarles de forma verídica y real sobre el tema.

Desde el Equipo de Intervención Familiar destacan la importancia de trabajar también con el abusador en la medida de lo posible para reparar el daño de la víctima, incluso desde prisión, para que se responsabilice de sus actos.

“Tiene que pedir perdón a la víctima por lo que hizo, asumir la responsabilidad de que lo que sucedió es culpa suya, para parar el daño y ayudar a la víctima a no sentirse culpable.” (Psicóloga del Equipo de Intervención Familiar)

En cuanto a la prevención, no se llevan a cabo campañas de prevención desde el ámbito público ni se efectúa una formación específica a los distintos profesionales, impidiendo y dificultando la detección de los casos y su abordaje.

“La prevención es necesaria, pero debe hacerse a nivel institucional, desde la Junta de Castilla y León o desde el Ayuntamiento, con el fin de sensibilizar y mejorar la formación específica en cuanto al abuso sexual infantil de los profesionales.” (Trabajadora social de CEAS)

Por tanto, como propuestas de mejora por parte de los profesionales, se defiende la idea de llevar a cabo campañas de sensibilización, tanto para profesionales como para la sociedad en general, conllevando esto a un mayor conocimiento sobre el tema, dando la oportunidad de huir de la invisibilidad. También destacan ampliar la formación específica del abuso sexual infantil a los profesionales, con el fin de mejorar la detección de los casos y aumentar los niveles de intervención.

“La prevención y la sensibilización son fundamentales, porque el abuso sexual infantil todavía es un tema muy tabú, además de complicado, donde hay mucho desconocimiento y no existe formación concreta.” (Trabajadora social asociación)

Por último, la creación de protocolos específicos para situaciones de abuso sexual en menores, que distingan qué papel debe llevar a cabo cada profesional en los distintos ámbitos, y cómo deben actuar ante situaciones tan complejas para crear el menor daño posible al menor.

“Estamos luchando para que se hagan protocolos específicos de abusos sexuales a menores, porque no hay, y hay profesionales, como los del ámbito educativo, que no saben cómo intervenir.” (Trabajadora social asociación)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

1. Discusión.

Tras revisar la bibliografía existente en materia de abuso sexual a menores y la realización de las entrevistas a distintos profesionales que intervienen directamente con la problemática, se puede demostrar que el abuso sexual infantil sigue siendo un problema tabú e invisibilizado en la sociedad, a pesar de su dimensión a nivel mundial. Save the Children (2001), estima que lo han sufrido en el mundo alrededor de un 23% de las niñas y un 15% de los niños, acarreado para las víctimas y las familias, consecuencias graves y traumáticas, tanto a corto como largo plazo, como pueden ser el aislamiento, el consumo de drogas y alcohol o el intento de suicidio entre otros. Pero, aun así, en la provincia de Valladolid apenas se han detectado casos desde el ámbito público.

Se ha mostrado también, que no existe un trabajo de prevención a nivel primario con la población en general, ni secundario enfocado a menores en riesgo, por parte de las instituciones públicas, como CEAS o centros educativos, y tan solo existe un pequeño nivel de prevención terciaria, dirigido a menores que ya han sufrido el daño, basado en terapias psicológicas, y si fuera necesario, de convivencia familiar, primordialmente desde el Equipo de Intervención Familiar y la Asociación ADAVASYMT. Esto perpetúa la invisibilidad del abuso sexual en menores, dificultando el campo de detección e intervención, debido a la falta de información de profesionales y familias. Por lo que es imprescindible aumentar la prevención, ampliando la formación sobre abuso sexual infantil a los profesionales del ámbito comunitario, sociosanitario y educativo, además de a las familias, las cuales son el colchón protector del menor. Como cita Goicoechea (2001) es necesario que se adquirieran conocimientos y habilidades de afrontamiento, y evolucionar desde la prevención hacia la promoción del buen trato a la infancia. Además, se suma la necesidad de establecer medidas que hagan más factible y posible este trabajo de prevención terciaria, por ejemplo, mediante la creación de protocolos específicos de abuso sexual infantil a nivel regional.

Se ha observado cómo en los últimos años se ha llevado a cabo la modificación de determinadas leyes, como el Código Penal, reforzando la posición del menor, aunque

todavía se sigue luchando por mejorar las políticas destinadas a esta problemática, como la aprobación de la no prescripción de estos delitos en España.

En cuanto al papel de los trabajadores sociales, Fuentes (2012) considera que la profesión del Trabajo Social es de vital importancia en el abordaje interdisciplinario del abuso sexual infantil, principalmente en el ámbito familiar, donde el trabajador social se coordina con otros recursos y servicios para atender la situación y proteger a los menores. Esta protección se consigue por tanto mediante la investigación, el asesoramiento y el apoyo, como se ha comprobado mediante la realización de las entrevistas. Es necesaria, además, una buena y adecuada coordinación entre todas las instituciones dedicadas a velar por los derechos de la infancia, como Fiscalía de Menores, Sección de Protección a la Infancia, Salud Mental Infanto Juvenil, CEAS y Equipos de Intervención Familiar, centros educativos y centros de salud, con el fin de paliar la situación lo antes posible, creando el menor daño o desajuste emocional en el menor víctima de abuso sexual.

2. Conclusiones.

El proceso de elaboración de este trabajo se ha centrado en la consecución de los objetivos marcados, los cuales me han guiado en todo momento en la producción de dicha investigación, con el fin de conocer el abuso sexual infantil mediante una revisión bibliográfica, y analizar la intervención de los distintos profesionales implicados, su papel y coordinación, gracias al trabajo de campo realizado con los expertos, además de la normativa en la que se sustenta dicho problema.

En cuanto a la revisión bibliográfica, no ha sido complicada la selección de información pertinente para contextualizar la investigación, pero cabe destacar que no existe apenas información reciente, y mucho menos datos y estadísticas actuales.

Haciendo mención a la parte práctica, se han encontrado dificultades debido a los limitados profesionales que intervienen o han intervenido con abusos sexuales en menores, complicando la búsqueda de expertos y el logro de algunos objetivos. Pero todos ellos han coincidido en la necesidad de la interdisciplinariedad y la coordinación,

destacando la importancia del Trabajo Social en el abordaje de este problema, que igualmente todos ellos insisten en definirlo como complejo y delicado.

Además, también mencionan las mejoras necesarias que facilitarían las intervenciones y mejorarían los resultados, por medio de la formación y la sensibilización, ya que apenas existe información concreta y delimitada sobre el tema y los profesionales que acostumbran a trabajar con menores no están lo suficientemente capacitados para tratar con un problema sumamente complicado como este. No se llevan a cabo campañas de prevención desde las instituciones públicas advirtiendo sobre su existencia, por lo que los profesionales y padres cuentan con formación sobre el abuso sexual infantil muy limitada. Ni si quiera existe un protocolo específico a nivel regional para los distintos ámbitos involucrados en el trabajo con menores. Todo esto dificulta la detección y la intervención de los casos. Por tanto, es importante fomentar la sensibilización e incrementar los recursos destinados a los programas de prevención en cualquiera de sus niveles. También sería significativo, seguir investigando sobre el abuso y las nuevas tecnologías, que dan lugar a nuevas tipologías de abuso sexual totalmente desconocidas, como el grooming, donde el agresor contacta mediante internet con el menor para establecer una relación y control emocional con el fin de preparar el terreno para el abuso sexual.

Es preciso abordar el tema desde distintas dimensiones, mediante una prevención primaria, dedicada a la población en general, con el objetivo de incrementar los conocimientos y proporcionar pautas de relación positivas y de autodefensa cuando el abuso aún no se ha producido, favoreciendo la detección y la reducción de la incidencia de los casos, con el fin de abordar los derechos de los niños, la educación afectivo-sexual y la promoción del buen trato. Mediante una prevención secundaria dedicada a las poblaciones de riesgo. Y, por último, con una prevención terciaria, cuando ya se ha producido el abuso, con el menor, su familia y el agresor, evitando la revictimización de la víctima.

Asimismo, sería valioso que los profesionales fueran capaces de demostrar las bondades de las intervenciones que llevan a cabo, con el fin de evitar cuestionamientos que las puedan poner en peligro.

Ante esta problemática tan compleja es imprescindible trabajar e intervenir desde la interdisciplinariedad y la coordinación de expertos, donde exista una distribución de saberes y un reparto de funciones necesario para poder realizar el abordaje con eficacia.

Desde el Trabajo Social se busca alcanzar el bienestar y la protección integral del menor, para ello es óptimo que cuenten con la información, formación e implicación adecuada y necesaria para realizar sus intervenciones, y que así estén lo suficiente capacitados para que sus intervenciones sean eficaces y no supongan un daño emocional alto.

Para finalizar, esta investigación me ha aportado un gran conocimiento sobre el abuso sexual infantil, un tema significativo actualmente en la sociedad, pero totalmente desconocido para mí hasta ahora, y también experiencia en la realización de investigaciones sociales, que, a pesar de las dificultades encontradas en su realización, me ha dado la posibilidad de obtener habilidades para seguir investigando sobre la problemática del abuso sexual en menores. La aportación de los expertos que han cooperado en este trabajo ha permitido, desarrollar y alumbrar el abordaje desde nuestra profesión y la importancia del Trabajo Social para seguir defendiendo los derechos de la infancia, destacando la necesidad de la capacitación profesional para llevar a cabo intervenciones eficientes y mediante la nominación de algunas propuestas de mejora para los abordajes.

1.1. Propuestas de mejora.

Como propuestas de mejora, considero óptimo incrementar los recursos destinados a poner fin a este problema, tanto en la prevención primaria, como en la secundaria y la terciaria, mediante la realización de campañas y jornadas de sensibilización a nivel estatal, regional y local para la población en general, y específicamente para el ámbito de salud, el ámbito educativo y el comunitario. Campañas donde se pueda informar tanto a los menores como a los padres de la existencia del abuso sexual y como prevenir o reaccionar ante esta problemática, con el objetivo de visibilizarla y disminuir su incidencia, hasta lograr su eliminación.

También es preciso instruir a los profesionales del ámbito de salud, educación y Servicios Sociales, mediante formación concreta sobre el abuso sexual infantil, con el fin de mejorar y apoyar sus intervenciones.

Para finalizar, también creo oportuno y básico para optimizar las intervenciones la creación de un protocolo a nivel regional o local específico de abuso sexual infantil, donde se especifique el papel y las funciones de cada profesional relacionado con la infancia, en sus distintos ámbitos, para mejorar la eficacia de sus coordinaciones y que su abordaje sea más factible y rápido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, J. C., Font, P. y Val, A. (2001). *¡Eh! ¡No te despistes! Guía pedagógica para la prevención del abuso sexual y otros malos tratos infantiles*. Recuperado de <http://www.alonsovarea.com/pdfs/Ep%20guia%20pedagogica.pdf>

Baita, S. y Moreno, P. (2015). Fases del abuso sexual infantil. En A. Saravia (Coord.), *Abuso sexual infantil cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia* (pp. 56-67). Uruguay: Unicef.

Dupred, M. A. y Unda, N. (2013). Revictimización de niños y adolescentes tras denuncia de abuso sexual. *Universitas*, (19), 101-128.

Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). Víctimas de abuso sexual en la infancia. (1ª Ed.), *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores un enfoque clínico* (pp. 41-77). Barcelona: Ariel.

Fuentes, G. (2012). Abuso sexual infantil intrafamiliar. El abordaje desde el Trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria. *Margen*, (64), 1-56.

Goicoechea, P. H. (2001). *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales*. Save the Children.

Intebi, I. (2008). Valoración de sospechas de abuso sexual infantil. *Colección de documentos técnicos*, (1), 9-203.

Intebi, I. (2012). Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar. *Colección de documentos técnicos*, (5), 9-292.

Ledesma, I., Garrido, M., Sánchez, B., Vázquez, M. E., Fuentes, M.C., Frutos, M.L. y Loma, M.C. (2016). *Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia*. Gerencia Regional de Salud.

Moreno, J.M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(02), 271-292.

Perea, A., Loredó, A., Trejo, J., Baez, V., Martín, V., Monroy, A. y Venteño, A. (2001). El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. *Temas pediátricos*, 58, 251-258.

Redondo, C. y Ortiz, M.R. (2005). El abuso sexual infantil. *Bol Pediatr*, 45(191), 3-16.

Save the Children. (2012). *La justicia española frente al abuso sexual infantil en el entorno familiar*. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/informe_justicia_esp_a_buso_sexual_infantil_vok-2.pdf

UNICEF Comité Español. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Nuevo siglo. Madrid.

Legislación:

Constitución Española 1978, de 29 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978.

Decreto 131/2003, de 13 de noviembre, de protección de menores de edad y procedimiento para la adopción. Boletín Oficial de Castilla y León, 225, de 19 de noviembre de 2003.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 281, 24 de noviembre de 1995.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, 15, de 17 de enero de 1996.

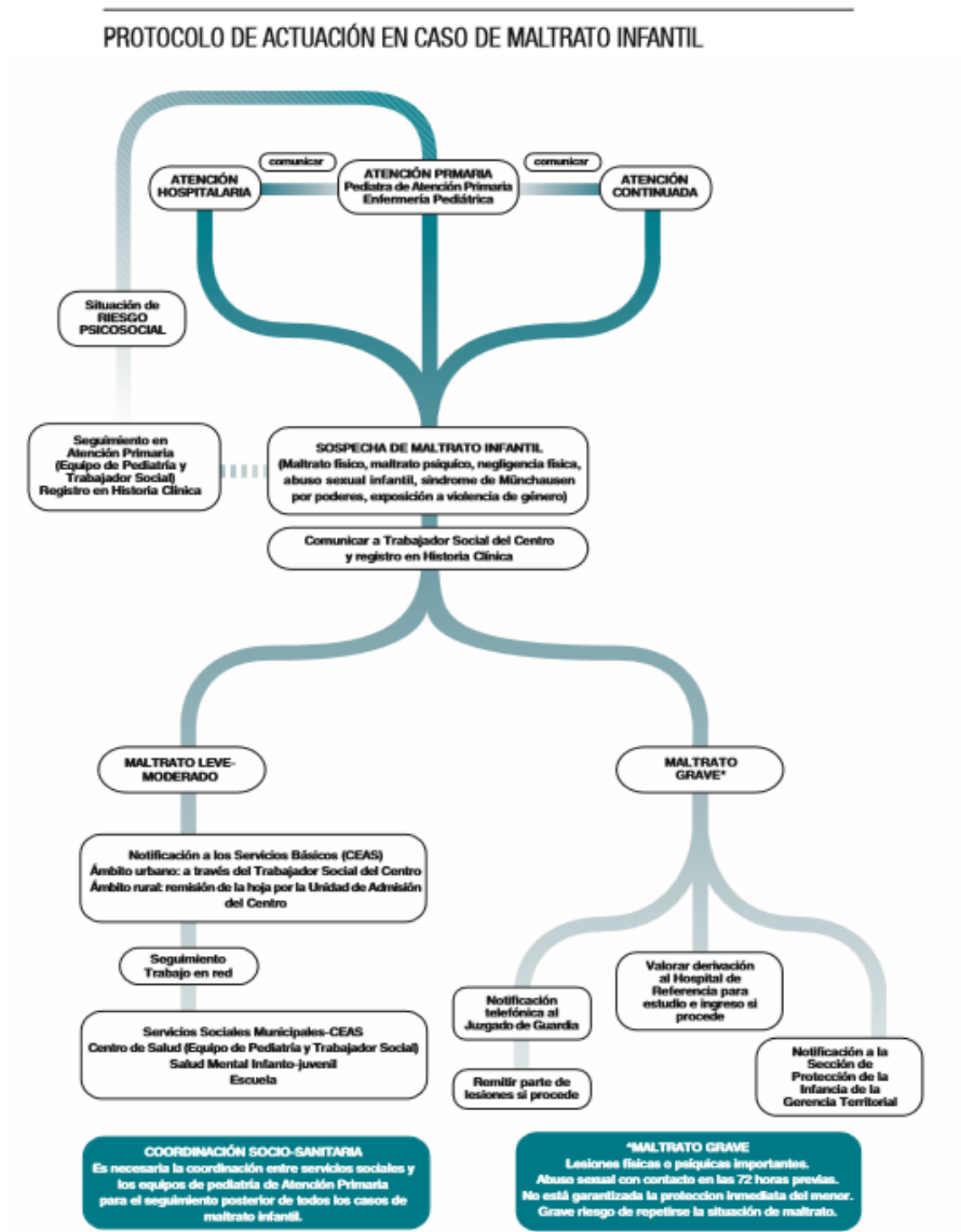
Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 104, de 1 de mayo de 1999.

Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, 175, de 23 de julio de 2015.

Ley 14/2002, de 25 julio de promoción, atención y protección a la infancia en Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, 145, de 29 de julio de 2002.

ANEXOS

1. Anexo 1: Protocolo sanitario de actuación en casos de maltrato infantil.



2. Anexo 2: Guion de la entrevista.

Mi nombre es Natalia Casado Castrillo y estoy cursando cuarto de Trabajo Social en la Universidad de Valladolid. Para la realización de mi Trabajo de Fin de Grado estoy interesada en abordar el abuso sexual infantil y la intervención que se lleva a cabo desde el trabajo social. Para ello voy a realizar distintas entrevistas en profundidad a profesionales que intervengan en casos de abuso sexual con menores en Valladolid. La finalidad de estas entrevistas está en conocer la intervención que llevan a cabo los distintos profesionales, y sobre todo el papel de los trabajadores sociales con las víctimas y sus familias.

En la entrevista se garantiza tanto la confidencialidad de los datos obtenidos y grabados, como el anonimato del profesional entrevistado, el cual participa de forma voluntaria. La información proporcionada por el participante será utilizada únicamente con fines de investigación.

Todo ello es especificado en el Formulario de Consentimiento Informado, firmado de manera previa a la realización de la entrevista por el participante y el investigador.

Primera pregunta: ¿Cuál es su profesión y que papel desempeña en su organización?

Guion para la entrevista:

❖ Dimensión y contextualización del problema

- ¿Con cuántos menores víctima de abuso sexual ha intervenido en los últimos cinco años? ¿Ha aumentado el número de este tipo de intervención en su organización/entidad?
- ¿Cuáles son los datos de los menores intervenidos en cuanto a su edad y sexo?
- ¿Qué factores de riesgo son más comunes en la víctima de abuso sexual infantil?

❖ Método de intervención

- ¿Desde qué entidad se identifican los supuestos abusos sexuales a menores? ¿A qué institución se le deriva?
- ¿Cuál es el proceso de intervención tras un supuesto caso de abuso sexual infantil?

- ¿Existe un protocolo de actuación? ¿Qué propone este protocolo? ¿Qué aspectos positivos tiene el seguimiento de este protocolo?
 - ¿Qué papel desempeña en los casos de abuso sexual infantil?
 - ¿Qué terapia o modelo de intervención se lleva a cabo?
 - ¿Cuál es el papel de la familia en la intervención?
 - ¿Se coordinan con otros profesionales o instituciones para llevar a cabo las intervenciones? ¿Qué instituciones o profesionales?
 - ¿Se lleva a cabo un seguimiento con la víctima una vez haya acabado la intervención? ¿Quién lleva a cabo el seguimiento?
 - ¿Llevan a cabo campañas de prevención de abusos sexuales infantiles?
- ❖ Propuestas de mejora
- ¿Existen limitaciones o dificultades para llevar a cabo las intervenciones?
 - ¿Se podrían mejorar de alguna forma las intervenciones?

Antes de acabar con la entrevista, ¿le gustaría añadir algún aspecto de interés que no hayamos abordado durante la entrevista?

Muchas gracias por su colaboración. Toda la información que me ha proporcionado será muy útil para el desarrollo de mi trabajo de investigación.

3. Anexo 3: Formulario de consentimiento informado.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROYECTO

“ABUSO SEXUAL INFANTIL Y LA INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL”

- He entendido la información del proyecto que se me ha proporcionado en la fecha____
- He tenido la oportunidad de preguntar sobre el proyecto y se me ha respondido a todas mis cuestiones
- Estoy de acuerdo con participar en este proyecto. Incluyendo que las entrevistas sean registradas en formato audio.
- Entiendo que mi participación es voluntaria. Puedo retirarme del proyecto en cualquier momento y no responder a aquellas preguntas que no quiera.
- Entiendo que mi participación es anónima y confidencial. Por ellos, toda la información proporcionada en la entrevista, así como cualquier otro material que proporcione al investigador pueden ser utilizadas en publicaciones, reportajes de investigación y otros productos de dicha investigación, pero mi nombre no será utilizado.
- Entiendo que mis datos personales no serán revelados a personas ajenas al proyecto.
- Entiendo que la información proporcionada será archivada únicamente con fines de investigación, y se utilizarán los medios técnicos necesarios para proteger su confidencialidad.

Nombre del participante:

Nombre de la investigadora:

Firma y Fecha:

Firma y Fecha: