



**TRABAJO FIN DE
GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

La fragilidad en la infancia: la atención al Maltrato y al Abuso Sexual Infantil desde el Trabajo Social.

Autora:

D^a. Raquel Nieto García.

Tutor:

D. Pablo de la Rosa Gimeno.

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020 - 2021

FECHA DE ENTREGA: 22 de junio de 2021

“Cuando la sensibilidad se une al conocimiento no hay mito ni prejuicio que sobreviva”.

Carlos Rozanski.

Contenido

INDICE DE TABLAS Y DE GRAFICOS.....	5
RELACIÓN DE SIGLAS EMPLEADAS	6
RESUMEN	7
PALABRAS CLAVE.....	7
ABSTRACT	8
KEYWORDS:	8
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Interés del tema desde el Trabajo Social	9
1.2 Objeto.....	9
1.3 Objetivos	10
1.4 Metodología	10
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 Aproximación conceptual.....	11
2.1.1 Violencia	11
2.1.2 Infancia	13
2.1.3 Maltrato Infantil	15
2.1.3.1 Clasificación.....	16
2.1.3.2 Consecuencias físicas	17
2.1.3.3 Consecuencias psicológicas.....	21
2.1.3.4 Factores de riesgo	22
2.1.3.5 Indicadores de riesgo	26
2.1.4. Abuso Sexual Infantil.....	27
2.1.4.1 Clasificación.....	28
2.1.4.2 Factores protectores	29
2.1.4.3 La resiliencia	30
2.1.4.4 Síndrome de Acomodación Sexual.....	31
2.1.4.5 Creencias y falsos mitos	32
3. MARCO NORMATIVO	36
3.1. Cómo sanciona la ley en España este tipo de violencia	42
4. EL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL MALTRATO INFANTIL.....	43
4.1 Detección desde los servicios sociales, sanitarios y la escuela.	43
4.1.1 Las fases del proceso de intervención.....	45
4.2. La atención al menor y su entorno desde el tercer sector.	48
5. EL MALTRATO INFANTIL EN CIFRAS	50

6. CONCLUSIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	56

INDICE DE TABLAS Y DE GRAFICOS

- Infografía 2.1 OMS magnitud de la violencia.
- Tabla 2.2 consecuencias físicas a corto plazo MI.
- Tabla 2.3 consecuencias físicas a largo plazo MI.
- Tabla 2.4 consecuencias psicológicas MI.
- Tabla 2.5 factores de riesgo individuales agresor MI.
- Tabla 2.6 factores de riesgo individuales víctima MI.
- Tabla 2.7 factores de riesgo relacionales.
- Tabla 2.8 factores de riesgo familiares MI.
- Tabla 2.9 factores de riesgo de los padres o cuidadores.
- Tabla 2.10 factores de riesgo socioculturales.
- Infografía 3.1 de aspectos generales de la Ley Rhodes.
- 3.2 Cronología evolutiva del marco normativo de protección a la infancia.
- Tabla 4.1 tareas del equipo multidisciplinar frente al MI.
- Gráfico 5.1 de malos tratos en el ámbito familiar en España en el año 2019.
- Gráfico 5.2 de malos tratos en el ámbito familiar en Castilla y León en el año 2019.
- Gráfico 5.3 de malos tratos en el ámbito familiar en Valladolid en el año 2019.

RELACIÓN DE SIGLAS EMPLEADAS

Abreviatura	Significado
MI	Maltrato Infantil
ASI	Abuso Sexual Infantil
SS. SS.	Servicios Sociales
TS	Trabajo Social/profesional del Trabajo Social
OMS	Organización Mundial de la Salud

N.B.: En coherencia con el valor de la igualdad de género, asumido por la Universidad, todas las denominaciones que en este escrito se efectúan en género masculino, cuando no hayan sido sustituidos por términos genéricos, se entenderán hechas indistintamente en género femenino.

RESUMEN

Este estudio describe la evolución de la defensa de los derechos de la infancia desde sus inicios hasta hoy, atendiendo a la transformación de las leyes en torno a su protección y a los cambios que han experimentado los conceptos más importantes (como infancia, maltrato infantil y abuso sexual infantil). De esta manera, se expone una reflexión acerca de la familia, como institución privilegiada que debería ser sinónimo de refugio, cuidado y afecto, pero que no siempre es así. Así pues, el texto tiene como objetivo ensalzar la figura del menor como persona de pleno derecho, poseedor de opiniones, ser social y sujeto de protección. De esta manera, se define a la infancia como la etapa más vulnerable del desarrollo, donde múltiples profesionales e instituciones trabajan en torno a su bienestar y protección. Asimismo, se explican las funciones del Trabajador Social con y para las víctimas de maltrato infantil, desde los Servicios Sociales, Sanitarios y del Tercer Sector. Para concluir, se señalan brevemente las cifras que muestran el impacto de este tipo de maltrato en nuestra sociedad occidental del siglo XXI.

PALABRAS CLAVE

Maltrato Infantil. Abuso Sexual Infantil. Servicios Sociales. Violencia. Infancia.

ABSTRACT

This study describes the evolution of the defense of children's rights from its beginnings to today, taking into account the transformation of the laws regarding their protection and the changes that the most important concepts have undergone (such as childhood, child abuse and child abuse). sexual child). In this way, a reflection on the family is presented, as a privileged institution that should be synonymous with shelter, care and affection, but that is not always the case. Thus, the text aims to enhance the figure of the minor as a person with full rights, holder of opinions, social being and subject of protection. In this way, childhood is defined as the most vulnerable stage of development, where multiple professionals and institutions work around their well-being and protection. Likewise, the functions of the Social Worker with and for the victims of child abuse are explained, from the Social, Health and Third Sector Services. To conclude, the figures that show the impact of this type of abuse in our western society in the 21st century are briefly pointed out.

KEYWORDS:

Child abuse. Child sexual abuse. Social services. Violence. Childhood.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se ordena en cuatro apartados: el marco teórico, con una aproximación conceptual del Maltrato Infantil y el Abuso Sexual Infantil; el marco normativo, mostrando la evolución legislativa de este fenómeno, además de atender a cómo la ley en España sanciona este tipo de violencia; seguido del rol del Trabajo Social frente al Maltrato Infantil, y, por último, un breve análisis de las dimensiones de dicha problemática.

1.1. Interés del tema desde el Trabajo Social

Al comienzo de la búsqueda de un tema sobre el que investigar para realizar este trabajo, se comprobó que el Maltrato Infantil (en adelante MI) o el Abuso Sexual Infantil (en adelante ASI) se investigaba más desde otras disciplinas (como la medicina, la psicología, el derecho...) o incluso cuando la documentación procedía de profesionales del Trabajo Social (en adelante TS) no estaba claro cuáles eran las funciones. De esta manera, se decidió indagar sobre el tema para ver si los trabajadores sociales tenían cabida en la lucha contra la violencia infantil. De esta manera, se inició este proyecto, queriendo animar a los profesionales del TS a especializarse en esta problemática y desempeñar el rol esencial en esa intervención.

Destacando, que la misma, se realiza siempre desde equipos multidisciplinares y es fundamental la mirada social para realizar una buena praxis con las miles de víctimas que provoca este monstruo social.

El MI y el ASI es un tema actual, que se presenta con cifras un tanto alarmantes en nuestro país y parece que nadie quiere creer que ocurra, nadie sabe cómo frenarlo.

La lucha contra el MI es uno de los retos propuestos en el Plan de Acción para la implementación de la Agenda 2030, donde se pretende proteger a todos los infantes de la violencia. Investigando brevemente se encuentra el dato desgarrador por el que fue incluido como uno de los cambios: cada día 37 niños en España son víctimas de MI en el ámbito familiar.

1.2. Objeto

El objeto de estudio de este trabajo es el Maltrato Infantil y todas sus tipologías, haciendo hincapié en el Abuso Sexual Infantil.

1.3. Objetivos

Este Trabajo de Fin de Grado es una revisión bibliográfica que tiene como fin último concienciar de lo complejo, dañino y traumatizante que puede llegar a ser el Maltrato Infantil para las víctimas, además de revelar el papel fundamental del Trabajo Social en la lucha frente a la violencia infantil.

Para lograr ese objetivo este documento se centrará en una de las tipologías del MI: el Abuso Sexual Infantil. Durante el estudio descriptivo, se van a analizar los aspectos más importantes como los factores de protección, la resiliencia o las creencias y falsos mitos.

Será esencial atender al marco legislativo y normativo del MI. Sin olvidar, por supuesto, exponer las estadísticas que nos revelen la magnitud del problema en España, a partir del análisis de la frecuencia con la que se comete este delito. De esta forma, se muestra la transformación de la respuesta social que ha sufrido esta problemática.

1.4. Metodología

En este estudio se va a realizar una revisión bibliográfica en la que se va a sintetizar el conocimiento disponible actual más relevante para la profesión de Trabajo Social acerca del Maltrato Infantil y del Abuso Sexual Infantil.

Para recoger toda esa información se utilizará el Centro Documental Virtual sobre Prevención del Maltrato Infantil y Adolescente, entre otros portales web. Además de informes oficiales de distintos Ministerios del Gobierno de España y de Save the Children, y páginas de difusión de conocimientos, como, por ejemplo, Dialnet.

Se realizará mediante instrumentos de conocimiento científico como el estudio documental, ya que es una técnica de investigación cualitativa que recopila información a través de diversos tipos de documentos como libros o revistas. Además, se expondrán datos cuantitativos, mediante gráficos y tablas, y datos cualitativos, para facilitar el entendimiento de esta problemática y su gravedad.

Este Trabajo de Fin de Grado se realiza con el fin de reunir conocimientos que faciliten la intervención desde la disciplina para afrontar esta problemática. Es un tema en la sombra que hace muchas décadas fue detectado, pero, hasta el momento, no se ha afrontado de manera transversal para su erradicación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Aproximación conceptual

2.1.1 Violencia

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (2021) define la violencia como: “uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (p. 1).

En el contexto de infancia en el que próximamente se centrará este documento se verá cómo la violencia puede consistir en pegar, insultar o abusar, aunque también puede ser tipificada como una negligencia, es decir, como una conducta en la que se desatienden las necesidades básicas de una persona considerada dependiente.

En nuestra sociedad, la violencia hacia los niños constituye un gran problema porque acarrea multitud de efectos perniciosos, por ello, requiere prioridad y atención por parte de las instituciones y de los profesionales.

Para entender la complejidad de la violencia debemos atender la forma en la que se presenta. Esta no ocurre de forma aislada, sino que se trata de relaciones sociales (las relaciones sociales son las diversas interacciones que se pueden dar entre dos o más personas). Así pues, aunque no todas las relaciones sociales son violentas, sí todas tienen la posibilidad de sufrirla (relaciones familiares, políticas, económicas, etc). Además, con frecuencia, la violencia ocurre en relaciones de poder donde alguna de las partes aplica un ejercicio de dominación afectando a la integridad física, sexual, psicológica e incluso patrimonial del/los afectados.

Una relación de violencia se caracteriza por la producción de daños y, con frecuencia, también, por la repetitividad de ciertos comportamientos. Pero, no se puede olvidar que existe una violencia cuyo daño, principalmente, no se comete de forma física, esta es la violencia psicológica. Este tipo de violencia puede ocurrir de padre/madre a hijo (y viceversa), en una pareja, en una amistad, y en pluralidad de formas más. Son comportamientos que implican coerción, miedo y amenazas, entre otros. Puede acompañarla la violencia física pero no necesariamente. Esta violencia tiene doble peligrosidad, ya que tiende a enfatizarse con el tiempo y con ello a provocar más daño.

Así pues, se detalla a continuación la clasificación de la violencia según el Informe de MI en la familia en España (2011):

- Según el tipo de acción: pegar, insultar, negligencia, etc.
- Según el tipo de daño: física, psicológica, sexual y económica.
- Según el tipo de escenario:
 - o La guerra.
 - o La familia: es el escenario donde más violencia se presenta.

- Escuelas: es donde el infante se abre a otras estructuras e influencias que determinaran su forma de ser y su vida. Comúnmente conocido como el acoso escolar o el bullying.

- Según el tipo de víctima:

Cualquier persona está expuesta a este fenómeno, pero los colectivos que más los sufren son las mujeres, niños y ancianos.

- Mujeres: este colectivo se lleva la peor parte porque pasa por los tres colectivos anteriormente citados.

Pueden haber sufrido durante su infancia el abuso sexual, venta a terceros con finalidad de prostitución, mutilación genital, etc. En su adultez pueden sufrir violencia de género. Y en su tercera edad pueden encontrarse en situación de dependencia y por ello sufrir abusos económicos, maltrato físico, psicológico o sexual a manos de sus cuidadores.

En definitiva, ser mujer es un factor de alto riesgo (pp. 9-10).

Por otro lado, la violencia también puede dividirse en función de las características de los que la cometen (OMS, 2002):

- Violencia autoinfligida: hacia uno mismo.
- Violencia interpersonal: hacia otra persona, puede ser violencia familiar (infantes, pareja, ancianos).
- Violencia colectiva: entre miembros de grupos con objetivos políticos, económicos o sociales (pp. 15-27).

Para concluir esta aproximación conceptual, a continuación, se añade una infografía de la OMS con información muy útil acerca de la violencia y la infancia.

Infografía 2.1 OMS magnitud de la violencia.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016)

2.1.2 Infancia

Para entender qué es la infancia hay que tener en cuenta la evolución del concepto a lo largo de la historia.

En el siglo XIX la minoría de edad significaba ser “propiedad” de los padres/tutores, además, no tenían reconocidos derechos ni libertades. Esta restricción de derechos aumentaba en el caso de las mujeres, quienes pasaban de ser propiedad de sus padres a ser propiedad de sus maridos.

Es a mediados del siglo XX y tras la Segunda Guerra Mundial, cuando se producen los cambios más significativos hasta el momento. Los menores de edad empiezan a considerarse personas dignas de protección y sujetos de derechos y obligaciones.

Posteriormente, con la Declaración Universal de los Derechos del Niño (1959) y la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989) se reconocen, entre muchos otros, los derechos a la educación, a la salud y a no ser maltratado. Esto supone la obligación a familias, al Estado y a la sociedad en su conjunto, a tomar medidas. En nuestro país, no es hasta 1978, con la aprobación de la Constitución, cuando comienza a protegerse a los mismos.

Desde entonces el concepto de infancia es definido por tantos autores como organizaciones trabajan con ello. Por este motivo, se ha considerado fundamental realizar una selección que contribuya a un mayor conocimiento del concepto.

Como punto de partida es destacable la definición de la Declaración de los Derechos del Niño (1959) ya que reconocen al menor como un ser humano que debe ser capaz de desarrollarse física, mental, social, moral y espiritualmente con libertad y dignidad.

De igual forma, UNICEF (2005) considera que:

La infancia es una época valiosa en la que los niños deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años (p. 3).

La OMS (2007) añade que: "todo aquello que los niños experimentan durante los primeros años de vida establece una base trascendental para toda la vida" (p.3).

Asimismo, y en esta misma línea, la UNESCO (s.f.) agrega que:

La primera infancia es un periodo que va del nacimiento a los ocho años, y constituye un momento único del crecimiento. Durante esta etapa, los niños reciben una mayor influencia de sus entornos y contextos (p. 1).

Es decir que, la infancia ha pasado de ser insignificante, a ser, en la edad moderna y actual, un ser querido, valorado, mimado, objeto de derechos e incluso el centro de organización de la familia y de la sociedad.

2.1.3 Maltrato Infantil

No existe una definición consensuada del MI, la definición y caracterización de este fenómeno está llena de dificultades debido a su complejidad.

Siguiendo la definición de Suárez-Cabral (2014):

El maltrato es un problema que presenta cuatro dimensiones o perspectivas de análisis. Desde el punto de vista psicológico es una patología del comportamiento. En términos jurídicos, es un comportamiento delictivo o criminal que debe ser definido y sancionado legalmente. Sociológicamente es un problema y un fenómeno social y en términos morales o éticos, un problema de violación de derechos (p. 1).

Según Loredó (1994), centrándose en la dimensión psicológica, añade que:

Es un patrón de interacción, en el que un miembro de mayor influencia dentro de la familia (padre, abuelo, tío) produce daño físico y/o emocional, descuido o trato negligente, sobre un miembro de menor edad (hijos, nietos, sobrinos) de una manera intencional y haciendo uso del poder que le da su status (p. 39).

Esta práctica ha estado siempre presente en la historia de la humanidad, sin embargo, hace relativamente poco tiempo que se ha empezado a hablar de ella. Es a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando cobra real importancia con la Declaración de los Derechos del Niño en 1959. De esta manera, comenzó a considerarse un delito con graves repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas para quien lo sufre.

UNICEF en 2015 detalló en un informe a nivel mundial que aproximadamente 500 millones y 1.500 millones de menores son víctimas de este tipo de violencia. Destacando, muy gravemente, que apenas el 20% llegan a los Servicios Sociales (en adelante SS.SS.).

Para entender la complejidad del maltrato y su alcance, a continuación, se detallarán los antecedentes conceptuales del término en cuestión.

La humanidad ha tolerado la explotación humana hasta tiempos relativamente recientes, incluyendo la explotación infantil. Durante toda la historia de la humanidad se puede observar cómo la violencia ha sido y es una herramienta para solucionar problemas. Durante siglos la agresión al menor ha sido usada para agradar a los dioses, mejorar la especie o para imponer disciplina. Hace muchos años en nuestro país un padre de familia podía matar a su hijo en caso de que este no le obedeciera (Lasala, 1954 citado por Sánchez y Guijarro, 2002).

El primer acontecimiento en la lucha a favor de los niños data en 1874, cuando se juzgó en Estados Unidos a los padres de Marry Ellen por maltratar a la misma. Para defender sus derechos en el juicio, se utilizó la ley contra la crueldad animal debido a la inexistencia de una ley de protección de menores. Tras este hecho en Estados Unidos se

creó la Sociedad para la Prevención de la Crueldad contra los Niños (Millán, García, Morilla y Sepúlveda, 2006).

Lachica (2010) describe cómo en 1860, Ambrosio Tardieu denominó por primera vez "síndrome del niño golpeado" a aquellos menores que sufren, por parte de sus padres o familiares, el uso de fuerza física de manera no accidental, con la intención de herirles o lesionarlos.

La protección de los niños frente a todas las formas de violencia es un derecho que se consagró en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989):

El MI es toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de cualquiera persona que le tenga a su cargo (p. 16).

Wolfe en 1991 añadió que el MI era "la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)" (Santana, Sánchez y Herrera, 1998, p. 2).

El Observatorio de la Infancia (2001) dice que es la "acción, omisión o trato negligente, realizado de forma no accidental, que le impide al menor el cumplimiento de los derechos humanos y de bienestar, le perjudica en su desarrollo físico, psíquico y/o social".

Finalmente, la OMS (2016) indica que el MI son:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de MI (p. 1).

2.1.3.1 Clasificación

De esta trascendente definición vamos a destacar la tipología del MI en la que coinciden la mayoría de los autores:

- Maltrato físico o psicológico: aquellas acciones que provocan o pueden provocar lesiones (golpes, quemaduras, etc) o actitudes que impiden un ambiente que propicie un buen desarrollo psicológico del menor (ignorar al menor, ser violento, utilizar amenazas, realización de actividades inadecuadas en su presencia, etc).
- Abuso sexual: (en el siguiente apartado se explica detenidamente).

- Negligencia o desatención física o psíquica: dejación de obligaciones hacia el menor o falta de cuidados. Se incluiría en su extremo el abandono.
- Explotación laboral: utilización del menor con el objetivo de conseguir beneficios económicos mediante la realización continuada de trabajos.

Muchos otros autores añaden a la clasificación: la corrupción, la mendicidad o inducción a la delincuencia, el abuso/maltrato prenatal, el síndrome de Münchhausen por poder o el abuso institucional. En este trabajo no se ha añadido estos elementos porque se ha comprobado que, existe una falta de consenso en esta clasificación, y que, en función del enfoque del autor, esta varía. Así pues, se ha considerado oportuno destacar los elementos comunes en todos los documentos y no los que son menos frecuentes.

Por otro lado, el Observatorio de la Infancia (2006) hace su propia clasificación en función de tres perspectivas:

- Según el momento: prenatal o postnatal.
- Según la persona abusadora: intrafamiliar, extrafamiliar, institucional o social.
- Según las acciones: maltrato físico/emocional, negligencia o abuso sexual.

2.1.3.2 *Consecuencias físicas*

Con una problemática de esta magnitud es necesario conocer qué efectos puede causar sobre la salud, por ello, este apartado va a tratar las consecuencias físicas a corto plazo, las consecuencias físicas a largo plazo y las consecuencias psicológicas.

Conviene detallar que, como el ASI es una tipología de MI, a continuación, se mostrarán las consecuencias de ambas.

En el estudio de las mismas nos hemos guiado de las aportaciones del Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia (2007); de Cortés, M. R.; Cantón-Cortés, D.; Justicia, F.; Cantón, J. (2011); de Echeburúa, E.; y Corral, P. (2006); de Pereda Beltrán, N.; Gallardo Pujol, D.; y Jiménez Padilla, R; (2011); de Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C.; (2011); y de Pereda Beltrán, N., (2009). En los documentos de estos autores se detallan distintos efectos en función de múltiples criterios, por ello, seguidamente, se muestra una recopilación de todos ellos.

En primer lugar, en documentos de referencia como el Informe sobre el Maltrato Infantil en la familia en España del Centro Reina Sofía (2011) se señalan unos efectos para cada rango de edad:

- De 0-7 años: el 98,33% de las víctimas sufren secuelas, las secuelas más comunes son: lesiones físicas (41,67%), tristeza y depresión (40%), bajo rendimiento escolar (23,33%) y aislamiento (21,67%). (p. 40)
- De 8-17 años: los sentimientos más comunes son los de tristeza y depresión (57,58%), seguido de nerviosismo (27,27%) y los comportamientos violentos (27,27%). (p. 50)

Tabla 2.2 consecuencias físicas a corto plazo MI.

CONSECUENCIAS FÍSICAS	Problemas de sueño	Traumatismos
	Pérdida de control de esfínteres	Cambios en los hábitos de comida
CONSECUENCIAS CONDUCTUALES	Hiperactividad	Consumo de drogas
	Huidas del hogar	Conductas auto lesivas o suicidas
	Bajo rendimiento académico	
CONSECUENCIAS EMOCIONALES	Culpa y vergüenza	Incapacidad de confiar en los demás
	Miedo generalizado	Aislamiento
	Baja autoestima	Agresividad
	Confusión de roles	Cólera y hostilidad reprimidas
	Trastorno de estrés postraumático	Depresión
	Desconfianza y rencor hacia los adultos	Rechazo del propio cuerpo
	Ansiedad	
CONSECUENCIAS SEXUALES	Amenorreas	Masturbación compulsiva
	Conocimiento sexual precoz	Excesiva curiosidad sexual
	Fisuras anales	Problemas de identidad sexual
	Conductas exhibicionistas	Lesiones genitales
CONSECUENCIAS SOCIALES	Conductas antisociales	
	Déficit en habilidades sociales	
	Retraimiento social	

Fuente: elaboración propia en base a los textos de los autores mencionados.

Es decir, las víctimas de MI sufren una desestructuración a nivel psíquico y emocional, junto con terribles consecuencias físicas. A continuación, se expone la clasificación de las mismas.

- *Consecuencias físicas a corto plazo:*

Cabe destacar que, las consecuencias físicas desaparecen, normalmente, en un breve periodo de tiempo, al contrario que las secuelas psicológicas. Por ello, a veces en el momento que se denuncian unos hechos así ya no hay ninguna consecuencia física que ayude a demostrar la veracidad de lo sucedido.

- *Consecuencias físicas a largo plazo:*

Posteriormente se mencionan los efectos físicos a largo plazo del MI, pero según Cantón Duarte y Cortés Arboleda (1997), dos de ellos merecen especial atención. En primer lugar, la teoría de la transmisión intergeneracional del abuso: esta teoría postula que los menores que han sido abusados en su infancia tienen mayor probabilidad (25-35%) de reproducir dicha conducta en su edad adulta. Esta teoría muestra la importancia de desarrollar métodos preventivos que permitan frenar esta problemática.

En segundo lugar, el efecto trauma: esta consecuencia provoca que los más pequeños sufran un retraso en el desarrollo de su aprendizaje e inadaptación a su vida cotidiana y social. Los adolescentes, por otro lado, comienzan a tener conductas antisociales, problemas de identidad sexual, depresiones, cambios en los hábitos alimentarios, inicio de adicción a sustancias tóxicas o incluso fugas de casa o intentos de suicidio.

Tabla 2.3 consecuencias físicas a largo plazo MI.

CONSECUENCIAS FÍSICAS	Trastornos alimenticios: obesidad, bulimia...
	Hipocondría y trastornos de somatización
	Problemas gastrointestinales
	Alteraciones de sueño (pesadillas)
	Dolores crónicos generales
CONSECUENCIAS CONDUCTUALES	Repetir actos de violencia como perpetradores
	Consumo indebido de alcohol y drogas
	Intentos de suicidio
	Trastorno disociativo de identidad
	Teoría de la transmisión intergeneracional del abuso
CONSECUENCIAS EMOCIONALES	Efecto trauma
	Baja autoestima
	Desconfianza y miedo de los adultos
	Estrés postraumático
	Dificultad para expresar sentimientos o recibirlos
	Trastornos de personalidad
	Depresión
Ansiedad	
CONSECUENCIAS SEXUALES	Embarazos no deseados
	Falta de satisfacción sexual
	Creencia de ser valorado por los demás únicamente por el sexo
	Trastornos de la actividad sexual y del orgasmo
	Fobias o aversiones sexuales
	Alteraciones en la motivación sexual
	Comportamientos sexuales de alto riesgo
	Mayor predisposición a sufrir abusos sexuales en la edad adulta
CONSECUENCIAS SOCIALES	Mayor probabilidad de sufrir revictimización por la pareja
	Dificultad de vinculación afectiva con los hijos
	Problemas en las relaciones interpersonales

Fuente: elaboración propia en base a los textos de los autores mencionados.

2.1.3.3 Consecuencias psicológicas

Seguidamente se muestran las consecuencias psicológicas de este fenómeno:

Tabla 2.4 consecuencias psicológicas MI.

Aplanamiento emocional	Disociación	Inseguridad
Abuso de sustancias	Bajo aprovechamiento escolar	Baja autoestima
Limitaciones para experimentar placer	Depresión	Aumento en la probabilidad de presentar trastornos severos como la ansiedad postraumática
Vergüenza	Desorganización conductual	Sensación de infancia perdida
Trastornos del desarrollo cerebral temprano	Dificultades en el establecimiento de vínculos afectivos	Anti-sociabilidad
Estrés y en casos extremos problemas en el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario	Baja inhabilidad para el auto cuidado	Hipervigilancia

Fuente: elaboración propia en base a los textos de los autores mencionados.

Profundizando en las consecuencias psicológicas del ASI, Finkelhor y Browne (1985) clasifican las mismas en cuatro grupos:

- Sexualización traumática: sentimientos de rechazo hacia el sexo, sobreestimación sexual, problemas de identidad sexual, conductas sexualizadas, etc.
- Estigmatización: síndrome de la mercancía dañada: el menor se siente dañado para siempre, incluso se cree inferior a los demás. En otras palabras: sentimientos de culpa, conductas autodestructivas como abuso de drogas y alcohol, acciones de riesgo, etc.
- Traición: ira, desconfianza, evitación de vínculos profundos, manipulación, etc.
- Indefensión: conductas evitativas como disociación y trastornos de ansiedad como fobias o trastornos de la alimentación.

2.1.3.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son las características que hacen que tengas mayor probabilidad de sufrir un fenómeno, en este caso, MI. Estos factores están vinculados al menor, a la historia personal de los padres, a las relaciones del núcleo familiar y al entorno en el que viven. Cabe señalar que, por supuesto, con estos factores no se culpa ni se responsabiliza a las víctimas.

La clasificación, a continuación detallada, es una recopilación de los factores indicados por múltiples autores como, por ejemplo: Villanueva Sarmiento (2013); Gómez, Díaz Huertas & Casado Flores, (2000); Mebarak (2010); OMS (2016), etc.

- FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES:

o AGRESOR:

Tabla 2.5 factores de riesgo individuales agresor MI.

PSICOLÓGICOS:	Emocionales: ausencia de empatía, baja autoestima, angustia, sentimientos negativos: ansiedad, hostilidad, depresión, ira.
	Cognitivos: expectativas desorbitadas respecto al menor.
	Conductuales: comportamientos impulsivos, dificultad para gestionar emociones negativas, falta de comunicación, altos niveles de exigencia, uso de técnicas autoritarias, consumo de sustancias tóxicas y haber sufrido MI.
HISTORIAL DE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA:	Continuar con el ciclo intergeneracional del abuso.

Fuente: elaboración propia en base a los textos de los autores mencionados.

○ VÍCTIMA:

Tabla 2.6 factores de riesgo individuales víctima MI.

Edad inferior a cuatro años y la adolescencia
Ser un hijo no deseado
Ser lesbiana, gay, bisexual o transgénero
Trastornos psicológicos que dificulten el procesamiento cognitivo: síndrome de Asperger, autismo
Problemas de conducta: hiperactividad
Tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos poco frecuentes
No cumplir las expectativas de los padres
Problemas de salud o discapacidades: físicas, intelectuales o sensoriales

Fuente: elaboración propia en base a los textos de los autores mencionados.

- FACTORES DE RIESGO RELACIONALES:

Tabla 2.7 factores de riesgo relacionales.

Los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia	El aislamiento o la falta de una red de apoyos firme
La ruptura de la familia	Muestras de violencia entre padres o familiares
Matrimonio precoz o forzado	Falta de apego emocional entre los niños y sus padres o cuidadores
Familia monoparental	La pérdida o ausencia del apoyo de la familia para la crianza del menor
Conflictos conyugales	

Fuente: elaboración propia en base a los textos de los autores mencionados.

- FACTORES DE RIESGO FAMILIARES:

Tabla 2.8 factores de riesgo familiares MI.

Historia del MI
Problemas de violencia de pareja entre los padres
Estilos de crianza: el estilo negligente y el estilo autoritario
Desestructuración familiar

- Fuente: elaboración propia en base a los textos de los autores mencionados.

- FACTORES DE RIESGO DE LOS PADRES O CUIDADORES:

Tabla 2.9 factores de riesgo de los padres o cuidadores.

Dificultades para establecer vínculos afectivos con el menor
Participar en actividades delictivas
El consumo indebido de alcohol o drogas
Tener antecedentes personales de MI
Las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil
Dificultades económicas
No cuidar al niño

Fuente: elaboración propia en base a los textos de los autores mencionados.

- FACTORES DE RIESGO SOCIOCULTURALES:

Tabla 2.10 factores de riesgo socioculturales.

Normas sociales y de género que crean un clima que normaliza la violencia.	Condiciones de vivienda precarias.
Bajo nivel educativo.	Inestabilidad laboral o desempleo.
La desigualdad de género.	Acceso fácil a bebidas alcohólicas y a las armas de fuego.
Alto nivel de criminalidad.	SS.SS. de baja calidad.
Las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida.	Las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, prostitución y el trabajo infantil.
Falta de educación sexual.	Falta de redes sociales de apoyo.
La desigualdad socioeconómica.	La pobreza.

Fuente: elaboración propia en base a los textos de los autores mencionados.

2.1.3.5 Indicadores de riesgo

Los indicadores de riesgo son los elementos que hacen sospechar (es decir, que levantan la voz de alarma) que algo malo está ocurriendo.

Según Herrera Basto (1999) e Irene V. Intebi (2011) los indicadores que pueden dar la voz de alarma son:

- De maltrato físico: contusiones, quemaduras, envenenamiento, huellas de objetos como cinturones o zapatos, cicatrices, deformidades óseas, dolores físicos sin razón médica que los justifique, secuelas neurológicas, etc.
- De abuso sexual:
 - o A corto plazo: todo daño causado en el área genital (desgarros, sangrado, inflamaciones, enrojecimiento, himen perforado, etc); infecciones o enfermedades de transmisión sexual (sífilis, VIH no preexistente en el nacimiento, verrugas genitales, clamidia, etc); dificultad para caminar, rastros de semen, etc.
 - o A largo plazo: dolores pélvicos crónicos, alteraciones del ciclo menstrual, menopausia precoz, infecciones frecuentes, etc.
- De abandono: descuido en la alimentación, en la higiene y la ropa, signos o cicatrices de accidentes domésticos, desnutrición, heridas sin curar, etc.
- Psicológicos y emocionales mediante la observación de las conductas del niño: temor, apego al profesional, amenazas, bajo rendimiento escolar, hiperactividad, rebeldía, desorganización o niños tímidos, poco comunicativos y de apariencia descuidada. (pp. 421-422)

Con frecuencia estos indicadores tienen una dificultad añadida debido a que, en el caso de los indicadores físicos, en la mayoría de los casos, estos solo son visibles durante un breve periodo de tiempo y no es frecuente que la víctima sea atendida en ese tiempo. Los trabajos publicados demuestran la no existencia de un patrón de síntomas único e incluso la ausencia total de síntomas, afectando esto gravemente a la detección de la problemática.

2.1.4. Abuso Sexual Infantil

En este documento nos vamos a centrar, particularmente, en el fenómeno llamado Abuso Sexual Infantil. Definir este término es todo un reto. Empezaremos recordando que es un tipo de MI, influido por factores individuales, familiares, sociales y culturales. En primer lugar, es fundamental no concebir el ASI como una cuestión exclusivamente sexual, sino como un abuso de poder.

Según Berliner y Elliot (2002) consideran que: "sucede cuando un menor es sometido a relaciones de naturaleza sexual con un adulto, independientemente de que haya coacciones, engaño o incluso cuando el menor cree entender la naturaleza de esa relación sexual" (p.70).

Además, Corsi (1994) añade que: "puede ocurrir de manera intrafamiliar cuando el abusador es parte de la familia o extrafamiliar cuando el abusador es alguien ajeno a la misma, pudiendo ser una persona conocida o desconocida" (pp.15-26). Mebarak et al. (2010) agrega que "incluso puede ser una acción realizada por otro niño que tenga mayor edad, o que posea poder o control sobre la víctima" (pp.128-154).

En definitiva, es un abuso físico, psicológico y emocional de un adulto o una persona con mayor poder, que la utiliza para satisfacer sus necesidades sexuales. Puede incluir manoseos; acciones de contacto visual; manipulación de los genitales del niño o agresor; sexo oral, anal o vaginal; penetración; etc, ocasionando la muerte o dejando secuelas a lo largo del desarrollo de la vida, por ello es considerado el tipo de MI más grave.

Las víctimas pueden ser tanto niños como niñas, aunque es mayor la frecuencia en las niñas; aproximadamente una de cada cuatro niñas, frente a uno de cada diez niños.

Se diferencia de la explotación sexual en que no hay motivación económica detrás, y de la agresión sexual en que no se emplea fuerza física.

En este apartado no se van a detallar factores de riesgo y de protección del abuso porque frecuentemente son los mismos que para el MI. De igual forma ocurre con la sintomatología comportamental, que en numerosas ocasiones es similar entre el MI y el ASI.

Así pues, a continuación, voy a detallar los contextos en los que puede ocurrir: (V. Intebi, I., 2011)

- En un contexto diádico: dos personas: víctima y agresor.
- Sexo grupal: intrafamiliar o extrafamiliar.
 - o Varias víctimas son abusadas por un solo agresor.
 - o Varios agresores abusan de una víctima.
 - o Varios agresores abusan a varias víctimas.
- Rondas de sexo: se da a manos de pedófilos, es una forma de sexo grupal.
- Explotación sexual para generar material pornográfico.

- Pornografía infantil: puede utilizarse como chantaje con las víctimas.
- Prostitución infantil (pp. 30-31).

2.1.4.1 Clasificación

Para entender el alcance del ASI debemos atender a la clasificación del mismo, incluso aunque esta no esté unificada.

Según Pereda, Abad y Guilera (2012):

- Abuso sexual: es acceder al cuerpo de otra persona sin consentimiento y sin violencia física, tanto intrafamiliar como extra familiar.
- Explotación sexual: con contacto físico o sin él, la finalidad es el lucro económico.
- Agresión sexual: es la que atenta contra la libertad sexual de una persona mediante violencia o intimidación, puede ser intrafamiliar (incesto) o extrafamiliar (acoso sexual).

El National Center of Child Abuse and Neglect (1988) añade el exhibicionismo, el cual no requiere contacto físico.

También existe la explotación sexual infantil, donde el abusador persigue un beneficio económico. Dentro de esta existe el tráfico sexual, el turismo sexual, la prostitución y la pornografía.

Otras investigaciones internacionales añaden el online grooming. Según el Observatorio de la seguridad de la información (2009) son: "las acciones que realiza una persona sobre un menor con un objetivo sexual, pueden abarcar desde la obtención de contenido multimedia de índole sexual hasta hacer efectivo el abuso" (p. 3). Y, por último, el abuso sexual entre iguales, en esta tipología no es un adulto el que abusa, sino un menor de edad, como un primo, un amigo, etc.

Cabe señalar que, en un porcentaje muy alto de casos, en un informe realizado por la Generalitat Valenciana (2011), se ha observado que se producen estas tipologías de abuso simultáneamente.

Caminero (2014) hace su propia clasificación en función del contacto físico:

- Comportamientos sexuales sin contacto físico:
 - Comentarios sexualizados hacia el menor
 - Exhibición de genitales frente al niño.
 - Exposición de material pornográfico.
- Comportamientos sexuales con contacto físico:
 - Inducción a que el menor realice tocamientos al agresor.
 - Frotamiento de los genitales del agresor.

- Tocamientos en las partes íntimas (genitales, glúteos, pechos)
- Penetración:
 - Agresor/a introduce su dedo en vagina y/o en ano.
 - Cunnilingus, felaciones, anilingus.
 - Agresor/a introduce algún elemento en vagina y/o en ano.
 - Coito vaginal, anal o con animales (p. 7).

2.1.4.2 Factores protectores

Los factores protectores son las características personales, familiares o contextuales, capaces de disminuir los efectos negativos que el ASI puede tener sobre la salud y el bienestar. Estas circunstancias, además, favorecen al desarrollo personal y contrarrestan los posibles efectos negativos de los factores de riesgo.

Entre estos factores se encuentra haber desarrollado un apego seguro; formar parte de una familia con normas y límites claros; o la existencia de relaciones armoniosas tanto entre el niño y sus padres, como entre los padres.

Por otro lado, podemos clasificar estos factores en relación con el contexto social y ambiental. En ese caso, los factores protectores serían el acceso a una atención médica y SS.SS. de calidad, poseer un empleo o vivir en una vivienda digna.

Earvolino-Ramirez (2007) recopiló seis estudios sobre factores protectores donde la mayoría de ellos correspondían a características del funcionamiento personal. A continuación, se destacan aquellos elementos en los que coincidieron la mayoría de autores. Estos fueron:

- Coincidieron todos los autores (6):
 - Sentido de dignidad personal
 - Creer en la propia autoeficacia
 - Altas expectativas
- Coincidieron cinco autores:
 - Relaciones positivas
 - Orientación social positiva
 - Sentido del humor
 - Capacidad productiva del pensamiento crítico
- Coincidieron cuatro autores:
 - Buen carácter, temperamento fácil
 - Sentido de control sobre el destino
 - Uso de talentos para ventaja personal

- Habilidad para resolver problemas
- Confianza en los demás y esperanza en el futuro
- Coincidieron cuatro autores:
 - Comunicarse afectivamente
 - Tolerancia a la frustración
 - Locus de control interno
 - Flexibilidad
 - Capacidad de adaptación

En la misma línea de investigación, se encuentra el autor Lerman (2002) que afirmó que las familias con dos progenitores tienen más recursos protectores, esto es debido a que aumenta la probabilidad de formar un entorno doméstico estable, además de tener menor riesgo de exclusión y de pobreza.

2.1.4.3 La resiliencia

Como factor de protección muy destacable se encuentra la resiliencia. Este concepto nace en la física, pero es adoptado para las Ciencias Sociales para referirse a la capacidad de una persona de sobreponerse a una situación adversa.

Este concepto fue descrito por Barudy y Dantagnan (2005): ``nació de la constatación de que algunas personas resisten mejor que otras los avatares de la vida, la adversidad y la enfermedad'' (pp. 53-57).

Multitud de estudios concuerdan que la resiliencia es el resultado de factores protectores como la autoestima, la independencia, la capacidad para relacionarse, tener iniciativa, humor, creatividad, moralidad y pensamiento crítico (Kotliarenko, 1997).

Asimismo, la resiliencia es una reacción positiva y constructiva ante situaciones adversas, se cimienta durante la vida y por ello tiene una connotación dinámica, es decir, no es una cualidad que se mantenga inalterable en todos los momentos de estrés de la vida. En otras palabras, no es un elemento absoluto, el individuo puede ser resiliente ante algunas situaciones, pero no ante todas.

Es destacable la definición de Rutter (1993), haciendo énfasis en la capacidad de mantener un desarrollo favorable a pesar de los factores de riesgo de su entorno. Esta dice así: ``la resiliencia es un fenómeno que manifiestan sujetos jóvenes que evolucionan favorablemente, aunque hayan experimentado estrés '' (pp. 626-631).

Recapitulando, la resiliencia conforma un proceso de resistencia, autocorrección y crecimiento como reacción frente a un episodio de crisis. Además, Muñoz (2005) indica que todo ``surge del equilibrio entre factores protectores, de riesgo y la propia personalidad del individuo'' (pp. 147-163).

2.1.4.4 Síndrome de Acomodación Sexual

El Síndrome de Acomodación del Abuso Sexual fue acuñado por el psiquiatra estadounidense Roland Summit en 1983. Actualmente no constituye un síndrome en el sentido psicológico y/o médico, sino que es un conjunto de secuelas que con frecuencia atraviesan las víctimas de este suceso.

Según Summit (1983) existen cinco características frecuentes en niños que han sufrido ASI (pp. 177-193):

- El secreto.

El agresor impone un pacto de silencio que se une al tabú de la sexualidad. A partir de este pacto comienzan las agresiones sexuales, a través de un proceso de "seducción" donde el agresor consigue la confianza de la víctima. Se da en un ámbito privado, con intimidación y aislamiento. Lo único que percibe el menor es que lo que le está ocurriendo es peligroso y por ello entiende que no debe ser compartido con nadie.

Existe una suposición generalizada de por qué las víctimas no buscan ayuda en esos primeros momentos. Se ha demostrado que la gran mayoría de víctimas no pudieron hacerlo porque sintieron que se les podía culpar de lo ocurrido.

- La desprotección.

El menor se encuentra en un estado de subordinación básica y de indefensión ante la relación autoritaria que está surgiendo, que le impide revelar los abusos. A ello se le suma que el agresor casi siempre es una persona de confianza y por ello aumenta el desequilibrio de poder.

Summit reflexionaba acerca de que los menores reciben constantes alertas sobre el peligro en la calle y/o con los desconocidos, mientras que se les inculca obedecer y ser cariñosos con los adultos que les cuidan. De esta forma dejamos abierta la posibilidad de una situación de riesgo.

Resulta útil recordar a estas alturas que la mayor parte de abusos sexuales los perpetran figuras de referencia de su entorno con las que los menores establecen vínculos emocionales.

- El atrapamiento y la acomodación.

El menor se encuentra en una situación abusiva que no se siente capaz de desvelar y ante eso se resigna y aprende a aceptarlo para sobrevivir.

- La revelación tardía, conflictiva y poco convincente.

La gran mayoría de casos de abuso sexual no se develan, de hecho, los casos develados, denunciados e investigados son la excepción y no la norma. La revelación suele producirse accidentalmente o como consecuencia de un conflicto familiar. Es curioso que, en cualquiera de esas dos formas, y tenga la víctima un comportamiento hipersexualizado o por el contrario sea un

excelente estudiante y gran compañero, casi siempre se pone en duda la veracidad del suceso. Para más inri, se tiende a pensar que son invenciones del menor o que están enfadados y se están vengando.

- **Retractación.**

Salvo que se haya ofrecido un apoyo especial a la víctima después de la revelación, acompañado de una intervención inmediata, existen altas probabilidades de que suceda la retractación. Probablemente el motivo de que eso ocurriera sería porque han sucedido las consecuencias y/o amenazas que le forzaban a mantener el "pacto de silencio", es decir, descubre que los miedos y las amenazas del secreto eran verdad, y que la única solución es retractarse.

Detrás de la rabia de la revelación impulsiva, tras, por ejemplo, un conflicto familiar, perdura la ambivalencia que se origina con la culpa. En otras palabras: admitirán que se inventaron el abuso.

Cabe destacar que este síndrome no detecta el ASI, simplemente intenta explicar las reacciones frecuentes de las víctimas ante este suceso. Al contrario que el Síndrome del Niño Agredido o Apaleado de Kempe, que sí permite el diagnóstico del MI.

2.1.4.5 Creencias y falsos mitos

En este apartado se van a exponer aquellos mitos que entorpecen la lucha por proteger a la infancia. Estos prejuicios ralentizan la detección y obstaculizan la prevención de todos los tipos de MI, a continuación, se expondrán las creencias erróneas del ASI.

Esta información ha sido obtenida a partir de: Horno Goicoechea, P. (2013); Arredondo, V. (2002), Puerta et al., (s.f); Save the Children (2017); Save the Children (2001); y V. Intebi, Irene (2012).

- El abuso sexual es poco frecuente, pasa en muy contadas ocasiones.
 - Se han realizado distintos estudios con metodologías variadas donde se ha comprobado que han sufrido ASI entre el 10% y el 20% de la población.
- El ASI solo se da en niñas.
 - Este fenómeno se puede dar tanto en niños como en niñas, aunque tenga más prevalencia en niñas.
Según datos de prevalencia en España el 15% de niños y el 22% de niñas son víctimas de abusos.
- Los agresores frecuentemente son personas ajenas al entorno del menor.
 - 6 de cada 10 diez abusadores son conocidos por las víctimas.

- Hay que ser conscientes de que los pensamientos: “no aceptes caramelos de un extraño” o “no te subas al coche de un desconocido” tan solo protegen a los menores de agresores desconocidos, pero no de los conocidos.
- Son muy importantes las estrategias frente a ambos posibles escenarios.
- El abusador sufre un trastorno mental o está bajo los efectos de sustancias estupefacientes.
 - No existe asociación entre abusar de un menor y padecer enfermedades mentales.

Curiosamente, muchos de los agresores ni siquiera se sienten sexualmente atraídos por los menores.

Por otro lado, estar bajo los efectos de alguna sustancia estupefaciente judicialmente no serviría como excusa porque es una acción premeditada, no esporádica.
- Los menores generalmente mienten cuando señalan que están siendo víctimas de un abuso, todo es fruto de su imaginación.
 - Los niños tienden a decir la verdad, su imaginación alcanza situaciones de fantasía, pero no de abuso sexual. Los niños no tienen la mirada sexual que tienen los adultos.
- El ASI va acompañado de violencia física.
 - Puede ir acompañado, pero raramente el agresor utiliza la fuerza física.

El agresor utiliza estrategias de coacción y engaño para lograr intimar, no le hace falta ser violento.
- El ASI solo lo cometen los varones.
 - La mayoría de los abusadores son varones (86,6%), aunque también hay mujeres (13,9%).
- En la actualidad se dan más casos de ASI que antes.
 - Actualmente se ha dado más visibilidad a esta problemática, eso ha permitido que mejoren los planes de prevención y detección e incluso los planes de intervención, todo ello sirve para que la sociedad tome mayor conciencia y no se tenga tanto miedo a la hora de poner voz a un suceso tan traumático.

Además, al ver que otras personas han pasado por lo mismo que tú y lo han superado, te anima a contar, e incluso denunciar, tu experiencia.

Resumidamente, lo que sí ha aumentado es la detección, pero no la prevalencia.

- El ASI no es sinónimo de incesto.
 - El ASI ocurre a manos de personas de la familia (intrafamiliar, es el contexto en el que ocurriría el incesto) o de personas ajenas (extrafamiliar).

El incesto se refiere a la relación sexual entre dos integrantes de una familia que, por las normas socioculturales y/o las leyes de un grupo social, no tienen permitidos dichos actos.
- Los efectos son casi siempre los mismos e igual de graves para todas las víctimas.
 - Los efectos pueden llegar a ser muy graves, son variables en cada víctima, depende de muchos factores como la frecuencia, el grado de parentesco, la intensidad, etc.

Entre 6 y 8 víctimas de cada 10 se ven afectados a corto plazo, lo que supondría un 70%, mientras que el otro 30% sufriría efectos a largo plazo.
- El ASI solo lo perpetúan adultos.
 - Los abusos a manos de figuras parentales representan entre el 6% y el 16% del total; los perpetrados por familiares en general representan 1/3 del total; y los abusos cometidos por adolescentes a otros menores de edad se sitúan entre el 25% y el 40% del total.
- Se lleva a cabo por personas desadaptadas y perversas.
 - No existe un perfil psicológico del abusador sexual. Nadie diría, a simple vista, que son monstruos o que tengan ningún tipo de enfermedad mental.
- Las adolescentes seducen a los hombres.
 - La ética debería hacernos ver que la responsabilidad de toda actividad sexual con una persona menor recae en el adulto y en ningún caso en el menor.
- Ocurre en familias desestructuradas y/o en clases bajas.
 - Tener una familia desestructurada o pertenecer a clases económicamente bajas solo son factores de riesgo. El ASI ocurre en cualquier familia, de cualquier clase social y en cualquier entorno.

La encuesta realizada por Save the Children deja al descubierto que un 83,82% de familias armoniosas sufrió ASI. Sin embargo, esta creencia está justificada porque sí existe mayor detección de ASI en familias disfuncionales, esto se debe a que son familias que están en contacto con SS.SS., asociaciones, etc y da lugar a que esos profesionales observen algún indicador de riesgo, mientras que familias de mayor renta es poco probable que estén en continuo contacto con los SS.SS..

- Si ocurriera a un niño o niña cercanos nos enteraríamos.
 - No son tan fáciles de detectar ni de revelar, el secreto es el poderoso pegamento que une a abusados y abusadores.
Incluso algunas víctimas no llegan a contarlo jamás por el sentimiento de culpa que tienen.
- Cuando se abusa sexualmente de un niño es porque hay penetración sexual u otras prácticas sexuales consideradas graves.
 - El ASI suele darse de forma paulatina y progresiva.
 - Empiezan por tocamientos y masturbaciones y sólo en algunos casos la víctima llega a sufrir acceso carnal (coito vaginal en un 4,9% de los casos, anal en un 2,7%).
 - El abuso sexual engloba una amplia gama de actividades sexuales con y sin contacto físico.
- Ocurre una sola vez.
 - En el estudio realizado por Save the Children se analizaron 203 sentencias judiciales (fechadas entre el 1 de octubre de 2012 y el 31 de diciembre de 2016) y se vio que los abusos duran cuatro años de media.
- Si la víctima no se queja es porque está consintiendo la relación.
 - Se espera que los niños reaccionen igual que las mujeres adultas ante una violación, resistiéndose a las agresiones, utilizando la fuerza física, pidiendo ayuda a gritos o intentando escapar. La mayoría no hace nada de esto.
Summit advierte que la amenaza de perder el amor o la seguridad familiar resulta más atemorizante que cualquier amenaza de violencia.

3. MARCO NORMATIVO

A continuación se expondrá, de manera cronológica, la legislación y hechos relevantes en la protección de menores desde el siglo XX hasta nuestros días. Muchos autores consideran que, desde el punto de vista legislativo, el siglo XX podría definirse como el siglo del niño.

- Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño por la Asamblea de la Sociedad de Naciones, 1924. Se reconoce, por primera vez, la existencia de derechos específicos para los niños y la responsabilidad de los adultos hacia ellos.
- Declaración de los Derechos del Niño, 20 noviembre 1959. Con el objetivo de que los menores tengan una infancia feliz.
- La Constitución Española de 1978.

Reúne en su artículo (en adelante art.) 39 la obligación de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia; y, que los poderes públicos tienen la responsabilidad de la protección integral de los menores.

El Código Civil expone en el art. 172.1 la definición de desamparo infantil como “situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”.

- Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 20 noviembre 1989. Reconoce a los menores como sujetos de derecho, pero convierte a los adultos en sujetos de responsabilidades. Constituye el marco universal de la defensa de los derechos de la infancia y la adolescencia.

Destacando el art. 19 donde se detalla que los Estados adoptaran las medidas necesarias para proteger al niño contra cualquier perjuicio o abuso mientras el niño este bajo la custodia de los padres.

Además, en el artículo 34 se recoge el compromiso de los Estados a proteger al menor contra toda forma de explotación y abuso sexual.

- Código Civil: Libro I, Título VII, de las relaciones paterno-filiales. En el art. 170 se indica que el padre o madre podrá ser cesado de la patria potestad del menor si incumple los deberes inherentes.
- Ley Orgánica 1/1996, 15 enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del código civil y de la ley de Enjuiciamiento civil. Se introduce la obligatoriedad de comunicar cualquier sospecha de maltrato.

Además, se detalla que los menores son sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social, de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

- En 1999 las Naciones Unidas crearon el convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la “Prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la Acción Inmediata para su eliminación”.

Se pone de manifiesto la necesidad de crear nuevos instrumentos para la prohibición y la eliminación del trabajo infantil.

- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, de Responsabilidad Penal de los Menores. Establece un marco flexible para que los Juzgados de Menores puedan determinar medidas penales.
- En 2002 se publica la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas: “Un mundo apropiado para los Niños”.

Incentivan a la sociedad a crear un mundo que proteja a los menores de dieciocho años; ponen a los niños como prioridad; se reafirman en el objetivo de erradicar la pobreza; no permiten que ningún niño quede postergado y animan a cuidar de todos los niños, entre otras muchas medidas.

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Se reconoce que “las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar”.
- Instrumento de Ratificación del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, hecho en Lanzarote el 25 de octubre de 2007.

Consideran que todos los niños tienen derecho a ser protegidos; constatando que todas las formas de ASI ponen en grave peligro la salud y el desarrollo psicosocial del niño; y considerando que el bienestar y el interés superior de los niños son valores fundamentales que deben promoverse.

- Resolución 64/145, de 18 de diciembre de 2009, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas “La Niña”.

Reconoce la existencia de diferentes formas de violencia sobre las niñas, como la mutilación genital femenina, el incesto, el infanticidio o los matrimonios forzados.

- Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.

Reconociendo que los niños testigos de violencia doméstica también son víctimas de la misma.

- En 2012 la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012 establece en el art. 23 que las declaraciones de los menores se realicen en dependencias adaptadas a tal fin, por profesionales adecuados, sin contacto visual con el infractor y utilizando la tecnología adecuada para que su presencia no sea necesaria en la sala de vistas.

- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Tiene como objetivo mejorar la protección a la infancia.
- La reforma 26/2015 de 28 de julio, de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. Se consigue el interés superior del menor para toda decisión. Es la versión vigente de la Ley Orgánica 1/1996.

De acuerdo con la estructura territorial y administrativa del Estado español, las Comunidades Autónomas, dotadas de competencias legislativas, han elaborado legislación autonómica y han creado servicios especializados para promover y promocionar los derechos de los menores. En el caso de Castilla y León es la Ley 14/2002 de atención y protección a la infancia.

Por otro lado, y a nivel estatal, se ha aprobado recientemente un Proyecto de Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (la Ley Rhodes). Es una ley pionera a nivel internacional que posiciona a España entre los países que más protegen a la infancia. Algunos de los cambios más destacables son:

- Las víctimas solo tendrán que declarar una vez. Esto supone un cambio radical porque hasta el momento la víctima se veía obligada a repetir el testimonio al menos cuatro veces, provocando así una dolorosa revictimización.
- Los centros educativos y deportivos contarán con protocolos contra todos los tipos de violencia y serán de obligado cumplimiento.
- El plazo de prescripción de los delitos de abuso sexual aumenta. Los delitos no caducarán hasta que la víctima tenga al menos 40 años.
- Las Administraciones Públicas van a estar obligadas a promover campañas de sensibilización para concienciar a los ciudadanos acerca del derecho de los infantes al buen trato. Es decir, se pone el foco en la prevención.
- Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado contarán con unidades especializadas en investigación, prevención y detección contra la violencia infantil.

Otras modificaciones destacables se pueden observar en la siguiente infografía de la Asociación Rea.

Infografía 3.1 de aspectos generales de la Ley Rhodes.

ASPECTOS GENERALES I:
LEY RHODES

Ley Orgánica de Protección a la Infancia y a la Adolescencia frente a la violencia.

@ReaAsociacion f @reacyl @asociacionrea www.asociacionrea.org

Prescripción
Empieza a contar cuando la víctima cumpla los 30 años.

Responsabilidad Criminal
Se elimina el perdón de la víctima menor de edad como causa de extinción de la responsabilidad criminal.

Condiciones Tercer Grado
Se endurecen las condiciones para el acceso al tercer grado de clasificación penitenciaria, a la libertad condicional y a los permisos penitenciarios.

Obligación de Denunciar
Toda la ciudadanía está obligada a denunciar de **"forma inmediata"** la existencia de indicios de violencia ejercida sobre menores de edad.

Familiares del Agresor/a
El o la cónyuge y familiares cercanos del agresor/a Sí tendrán la obligación de denunciar.

Nueva Infracción
Dar ocupación a personas con antecedentes de naturaleza sexual en actividades con menores de edad.

Nuevos Delitos
Promover el suicidio, las autolesiones o los trastornos alimenticios, así como la comisión de delitos de naturaleza sexual contra estas.
Publicidad de "conductas violentas" o que incluyan estereotipos sexistas, racistas, estéticos o de "carácter homofóbico o transfóbico".

rea asociación castellano leonesa para la defensa de la infancia y la juventud
www.asociacionrea.org

Fuente: Asociación Castellano Leonesa para la defensa de la infancia y la juventud (rea). (2020).

Asimismo, en el marco europeo todos los países comparten las bases que defienden la integridad de los menores, pero en cada país, conforme a sus valores culturales, la ley detalla los límites. Por ejemplo, lo que más suele variar es la edad del consentimiento, esta varía entre los 12 y los 17 años.

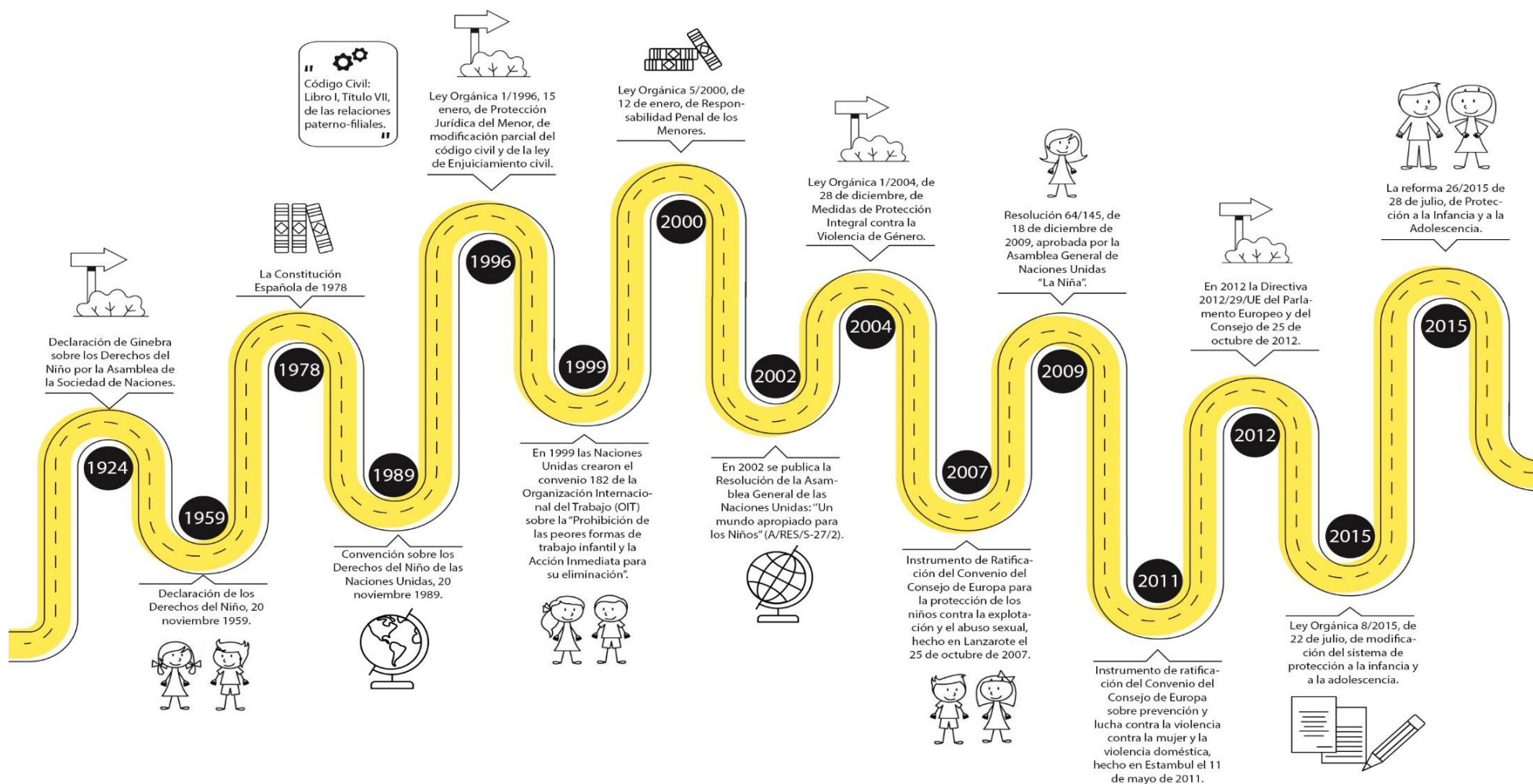
Por otro lado, en las legislaciones europeas se castiga no solo la agresión sexual sino también la venta, difusión o exhibición de material pornográfico de menores, la prostitución, el tráfico de niños, la utilización de menores para espectáculos exhibicionistas o pornográficos para elaborar, difundir, facilitar y/o comercializar, y a quien financie cualquiera de estas actividades.

La fragilidad en la infancia: la atención al Maltrato y al Abuso Sexual Infantil desde el Trabajo Social.

Posteriormente se detalla documentación europea relacionada con los derechos de la infancia:

- Los derechos del niño en la Agenda 2030 para el Desarrollo sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. Este documento supone, por primera vez, una prioridad en la agenda internacional.
- Creación del Manual de legislación europea sobre los derechos del Niño por la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), el Consejo de Europa y la Secretaría del Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

3.2 Cronología evolutiva del marco normativo de protección a la infancia.



Fuente: elaboración propia a partir de la información expuesta.

3.1. Cómo sanciona la ley en España este tipo de violencia

Por último, y para concluir este apartado, es preciso señalar cómo sanciona la ley en España este tipo de violencia hacia los infantes y adolescentes de nuestro país. Esas medidas se recogen en la Ley Orgánica 10/1995, 23 noviembre, del Código Penal, modificada por la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, en la que aumenta la protección a los menores de edad. Es decir, en esta ley están recogidos los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, se pueden encontrar en su título VIII desde el art. 178 hasta el 194. Con los capítulos de agresiones sexuales; abusos sexuales; abusos y agresiones sexuales a menores de dieciséis años; acoso sexual; delitos de exhibicionismo y provocación sexual; delitos relativos a la prostitución y a la explotación sexual y corrupción de menores; y disposiciones comunes.

A continuación, se detallan algunos de estos artículos:

- ARTÍCULO 178 y 180.

El que atentare contra la libertad sexual de otra persona utilizando violencia o intimidación será castigado con las penas de prisión de cinco a diez años.

- ARTÍCULO 183.

El que realizare actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años, será castigado como responsable de abuso sexual a un menor.

Cuando los hechos se cometan empleando violencia o intimidación, el responsable será castigado por agresión sexual a un menor.

- ARTÍCULO 184.

El que solicitare favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, y con tal comportamiento provocare a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante, será castigado como autor de acoso sexual.

- ARTÍCULO 186.

El que, por cualquier medio directo, vendiere, difundiere o exhibiere material pornográfico entre menores de edad o personas con discapacidad necesitadas de especial protección, será castigado.

- ARTÍCULO 188.

El que induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de un menor de edad o una persona con discapacidad, o se lucre con ello, o explote de algún otro modo a un menor será castigado.

4. EL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL MALTRATO INFANTIL.

4.1. Detección desde los servicios sociales, sanitarios y la escuela.

Es de suma importancia la labor del TS en la lucha frente al MI. Este profesional podrá enfrentarse a la problemática del MI y del ASI desde la prevención, detección, notificación o intervención.

Podrá hacerlo desde los SS.SS. con objetivos como explorar la trama vincular, la vida cotidiana de las víctimas y sus respectivas familias, haciendo programas de concienciación, realizando visitas domiciliarias, manteniendo contacto con la escuela, con los comités de absentismo escolar de la zona, etc.

También, podrá trabajar desde la escuela. Allí tendrá que mediar entre la familia y la institución, realizar visitas domiciliarias, trabajar en la resolución de conflictos, asesorar sobre aspectos familiares y sociales a los estudiantes, realizar estudios y valoraciones socio-familiares, trabajar para evitar el fracaso escolar, mejorar la integración de inmigrantes, etc. Por desgracia, cabe decir que las funciones de los TS en la escuela aún no están claras porque allí no se nos considera esenciales, así que esa labor, a veces, la realizan otros profesionales de otras áreas.

A continuación, este apartado se va a focalizar en el TS frente a la violencia infantil en la fase de notificación, detección e intervención desde los SS.SS. y sanitarios. Para ello es necesario recordar la complejidad que caracteriza a esta problemática, esto hace que sea necesario abordarla de forma multimodal, interinstitucional y multidisciplinar para afrontarla con éxito.

- Trabajar de forma multimodal significa abordar la problemática combinando diferentes recursos, en este caso, psicoterapéuticos y socioeducativos para afrontar y contribuir a la solución del problema, como, por ejemplo: las terapias grupales, familiares e individuales o el trabajo socioeducativo a manos de trabajadores y educadores sociales.
- La interinstitucionalidad consiste en la continua comunicación y coordinación entre distintas instituciones (en este caso ámbito sanitario, educativo, social y judicial) con un objetivo en común.
- Un equipo multidisciplinar es aquel en el que participan profesionales de distintas disciplinas con el fin de trabajar todas las circunstancias de una problemática. En este caso el equipo podrá estar formado por: pediatras/médicos, trabajadores sociales, psicólogos, educadores sociales, profesores, policías y jueces. Se encargarán (en general) de:

Tabla 4.1 tareas del equipo multidisciplinar frente al MI

Ámbito sanitario.	<ul style="list-style-type: none">- Detectar situaciones de riesgo.- Tratar las lesiones.- Notificar a los SS.SS.
Ámbito educativo.	<ul style="list-style-type: none">- Notificar a los SS.SS.- Trabajar de manera coordinada con los SS.SS..- Realizar seguimiento del menor.
Ámbito policial.	<ul style="list-style-type: none">- Detectar situaciones de riesgo.- Trabajar de manera coordinada con los SS.SS..- Comunicarse con el Juez y Servicios de Protección.
Ámbito de los SS.SS.	<ul style="list-style-type: none">- Detectar situaciones de riesgo.- Realizar intervención social.- Proporcionar atención inmediata y urgente.

Fuente: Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar (2014)

Al ser un equipo tan amplio existe gran preocupación ante la necesidad de que todos estén adecuada y suficientemente formados en violencia infantil, porque llevar a cabo este tipo de intervención no es tarea sencilla, requiere de formación especializada y de profesionales flexibles y dispuestos a interactuar entre sí.

Por otro lado, es esencial que los profesionales del equipo tengan muy claras sus funciones, las actividades para llevar a cabo sus funciones, los objetivos generales y específicos de cada fase, los indicadores para evaluar la intervención, cómo coordinarse con otros profesionales, etc. Al fin y al cabo, este es un proceso con muchas partes implicadas y de no articularse correctamente, el menor se verá inmerso en un proceso que puede hacer incluso más daño que el abuso en sí mismo. Para garantizar una buena praxis se han diseñado protocolos de actuación, aunque, por falta de conocimiento, no siempre se cumplen.

Asimismo, existe otro obstáculo que dificulta la lucha: la ausencia de un modelo común y homogéneo. Seguido de otros impedimentos como, por ejemplo, la carencia de asistencia universal para víctimas de esta violencia o el desconocimiento de los protocolos.

4.1.1 Las fases del proceso de intervención.

La intervención comienza desde el momento de la revelación y consta de cuatro fases: detección, notificación, investigación e intervención.

Mayoritariamente se interviene desde la Administración Pública, en el caso de los TS desde los SS.SS., tanto de atención primaria como especializados. Y desde los mismos se encargarán de valorar si el menor está protegido o si, por el contrario, está expuesto a una situación de peligro.

La primera condición necesaria para que un niño pueda ser protegido es que alguien se percate de una situación de desprotección.

- a) Detección: comienza cuando alguien sospecha que un menor puede estar sufriendo MI debido a indicadores físicos y/o conductuales.
- b) Notificación: consiste en registrar formalmente aquella sospecha de MI o ASI. La eficacia de la intervención dependerá de la calidad de la notificación.

La persona que tenga la sospecha de desamparo podrá notificarlo en:

- SS.SS. de cualquier nivel (atención primaria o especializados),
- Juez de Guardia,
- Pediatría/médico,
- Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado,
- Otras alternativas:
 - Teléfono de la familia de la Fundación ANAR: 917 260101
 - Teléfono de Ayuda a Niños y Adolescentes: 900 20 20 10.
 - Teléfono de Ayuda del Adulto y la Familia: 600 50 51 52.
 - Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). <https://www.fapmi.es/>
 - En Valladolid:
 - Asociación Castellanoleonese para la Defensa de la Infancia y la Juventud (REA).
Calle Antonio Lorenzo Hurtado, 5. CP: 47014. Valladolid.
626 167531
www.asociacionrea.org

El procedimiento de actuación que se indica en el Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar (2014) y en el Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de MI intrafamiliar en la infancia y adolescencia (2016) se divide en dos itinerarios:

- Procedimiento ordinario: cuando el maltrato sea leve o moderado o tan solo sea una sospecha.
La notificación se hará a los SS.SS. de Atención Primaria (al TS del centro sanitario y a los SS.SS. municipales). Se hará una valoración inicial y se prestará atención sanitaria si lo necesita.

El TS del centro de salud tendrá que realizar entrevistas al menor y su familia, recabar antecedentes socio familiares y coordinar la intervención sanitaria con la de otras instancias como SS.SS. primarios, educación, etc. En los casos detectados en el hospital, los profesionales sanitarios notificarán el caso al TS del hospital para que comunique el caso a Atención Primaria.

En las situaciones que proceda, además, será necesario notificar a la Fiscalía.

- Procedimiento de urgencia: se requiere atención especializada a manos del Servicio de Protección de Menores de la Comunidad Autónoma en cuestión.

Lo primero que se hará será atender de forma inmediata las lesiones del menor, además de asegurar su protección integral.

Se notificará a:

- Los SS.SS. de la Administración Autonómica, concretamente a la Sección de Protección a la Infancia de la Gerencia Territorial de SS.SS..
- Telefónicamente al Juzgado de Guardia.
- A las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Es destacable que, la mayoría de los casos de MI no son detectados directamente por los propios SS.SS., sino que normalmente las notificaciones proceden de personas que tienen contacto con la familia. Además, no es requisito imprescindible tener evidencia absoluta de una situación de desprotección, la ley indica que tan solo con poseer indicios o sospechas razonables de una situación así, es suficiente y apropiado notificarlo a las autoridades competentes. Tras la notificación, serán los SS.SS. los que realicen las siguientes fases de investigación e intervención.

- c) Investigación: se comienza a investigar para buscar elementos que confirmen el MI. También, se evalúa el riesgo en que se encuentra el menor.

Funciones de los TS en esta etapa:

- Tomar decisiones acerca del plan de intervención con las actuaciones y recursos pertinentes, medidas administrativas a adoptar, determinación de la ubicación del menor, etc.
- Evaluar las causas; investigar factores individuales, familiares y sociales que influyen; averiguar el origen y la continuidad del suceso; estimar las consecuencias de los abusos y las necesidades de tratamiento y apoyo; descubrir las habilidades y necesidades de la familia, etc.
- Elaborar informes sociales para los profesionales del ámbito de la justicia. Es preciso enfatizar que los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado tendrán objetivos distintos a los SS.SS.. Los primeros querrán recoger pruebas para que la Justicia juzgue e incluso condene a los responsables, y los segundos querrán ayudar a las familias a superar dicho problema. Esto no deberá ser un obstáculo sino una realidad a tener en cuenta.

- d) Intervención: con toda la información obtenida, los SS.SS. desarrollarán un plan de intervención y lo pondrán en marcha. Además, revisarán periódicamente la intervención para evaluar los cambios y realizar informes de seguimiento.
- Simultáneamente a la intervención, si fuera necesario, los SS.SS. podrán asumir la guarda del menor (durante un breve periodo) o la tutela del mismo.
 - Los SS.SS. además ofrecen:
 - Apoyo familiar: para cubrir las necesidades básicas del menor, permitiéndole así seguir en su entorno habitual, mediante ayudas económicas, a domicilio, programas de intervención familiar, centros de día, etc.
 - Acogimiento familiar del menor de forma temporal o permanente.
 - Acogimiento residencial del menor.
 - La intervención debe girar en torno a todas las circunstancias influyentes en el MI, es decir, sobre el problema en su conjunto, no puede ser puntual, ni tratar solo el síntoma. Para ello, el método más utilizado es el sistémico-ecológico, que defiende precisamente eso, tratar las problemáticas con todas las partes involucradas en un problema. Dicho con otras palabras: trabajar de forma holística.

Cada profesional del equipo tendrá objetivos individuales, los propios de su profesión, y, además, objetivos comunes con el equipo multidisciplinar. Algunos de esos objetivos serán: reducir el estrés a la víctima, eliminar la vergüenza y la culpa, evitar la continua victimización, acompañar en el duro proceso de denuncia, hacer más llevadero el proceso judicial proporcionando acompañamiento y orientación en todo momento, etc.

4.2. La atención al menor y su entorno desde el tercer sector.

Se va a detallar la atención que los TS prestarán a las víctimas y a su entorno o familia. Este cuidado sucederá principalmente de forma simultánea al proceso penal, porque se estima que desde que se notifica a la Fiscalía una sospecha de abuso hasta que finaliza tal proceso pasan alrededor de cuatro años, esto es señalado como uno de los principales fallos en la lucha contra la violencia infantil.

Esta labor, con más frecuencia, se desarrolla desde una organización del Tercer Sector y también mediante equipos multidisciplinares, ya que estas familias suelen ser: multiproblemáticas, con problemas cronificados y/o con intervenciones fallidas anteriormente e incluso dependientes de los SS.SS. Por ello, la intervención implica numerosos profesionales altamente cualificados y multitud de recursos y servicios.

Los TS realizan esta atención mano a mano con los profesionales de la salud mental, ya que esta intervención se dirige a paliar el daño psicológico provocado por tal situación traumática, que se manifiesta en todas las esferas de la vida, entre ellas, la esfera social. Ante todo, el TS velará por la protección del menor en su desarrollo físico, emocional y moral.

Para ello, se ayudarán de los Programas de Intervención Familiar, estos forman parte de la red de servicios comunitarios específicos de los SS.SS., dedicados a la protección familiar y de la infancia, responden a una necesidad que no puede ser atendida por los servicios ya existentes. Como bien se indica en el Manual de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil en Castilla y León (1995) siempre que sea posible se debe trabajar con la participación activa de la familia. La implicación de los padres será determinante en el éxito de la reunificación familiar. Además, es muy importante orientar estos programas hacia las necesidades del niño y no hacia las dificultades.

Seguidamente, se van a especificar las formas en las que los TS podrán atender a las víctimas y su entorno:

- Durante el proceso penal se ayuda a los menores en las entrevistas que vayan a tener con policías, jueces, médicos, etc. Se deben dar las herramientas más eficaces para evitar al máximo la revictimización del menor y el posible trauma. Además, se les tendrá que informar del desarrollo del juicio, ya que se añaden los habituales nervios a la situación de desprotección tan grave que han sufrido.
- Se podrá trabajar de manera grupal con los menores en grupos de ayuda mutua donde se reunirán periódicamente, con la presencia de uno o varios profesionales. En estas reuniones se agruparán niños afectados por la misma problemática que compartan sentimientos, miedos, anhelos, deseos... Estos grupos se consideran muy eficaces porque las personas que acuden comparten vivencias y sentimientos, esto puede ser una fuente de apoyo y seguridad. Es destacable que, al ser niños, se deben agrupar por edades muy similares y siendo entre cinco u ocho integrantes, estableciendo una duración y frecuencia en función de la edad.

La fragilidad en la infancia: la atención al Maltrato y al Abuso Sexual Infantil desde el Trabajo Social.

- También se puede trabajar de manera individual. Prestando más atención a sentimientos de desorientación o culpa. Enseñándoles a expresar y aceptar sus sentimientos mediante juegos con sentido, alejando los juegos aburridos y monótonos y motivándoles a mejorar.
- El TS hará visitas domiciliarias para ver si el menor evoluciona favorablemente y cómo es la relación de su entorno con él, y viceversa.

Resulta especialmente apropiado subrayar que no todas las víctimas de MI o ASI necesitan terapia, en cambio, sí todas necesitan apoyo y ayuda de su red psicosocial y no proporcionársela podrá tener secuelas catastróficas.

5. EL MALTRATO INFANTIL EN CIFRAS

A continuación, se va a exponer lo afectada que está la violencia en nuestra sociedad. Los datos se van a centrar particularmente en España.

Tanto el MI como el ASI son problemáticas a la orden del día en nuestro país, y aunque generalmente se crea que estos problemas no tienen gran incidencia en occidente, enseguida se reflejará todo lo contrario.

En primer lugar, es preciso destacar la complejidad de esta recopilación de datos porque todavía no existe ni una metodología común para estudiar esta problemática, ni una definición de MI o de ASI consensuada. Las cifras vienen determinadas por la amplitud de la definición, las tipologías, las bases de datos con casos conocidos, denunciados o detectados, etc.

Según el estudio de Losada (2012), donde comparó las cifras de muchísimos estudios del ASI entre los años 1946 y 2011 alrededor del mundo (de investigadores muy destacados como Finkelhor, De Paúl o Pereda), la prevalencia mundial de este fenómeno se sitúa en 18,95% en mujeres y 9,7 % en varones. En otras palabras, que 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 10 hombres a nivel mundial en esos 65 años ha sufrido ASI.

De igual modo, Redondo Figuero y Ortiz Otero (2005) llegaron a la conclusión de que el ASI era y es una problemática que siempre ha existido, tanto en las culturas más primitivas, como en las más desarrolladas y en cualquier nivel económico y sociocultural, sin hacer distinción entre países desarrollados o en vías de desarrollo.

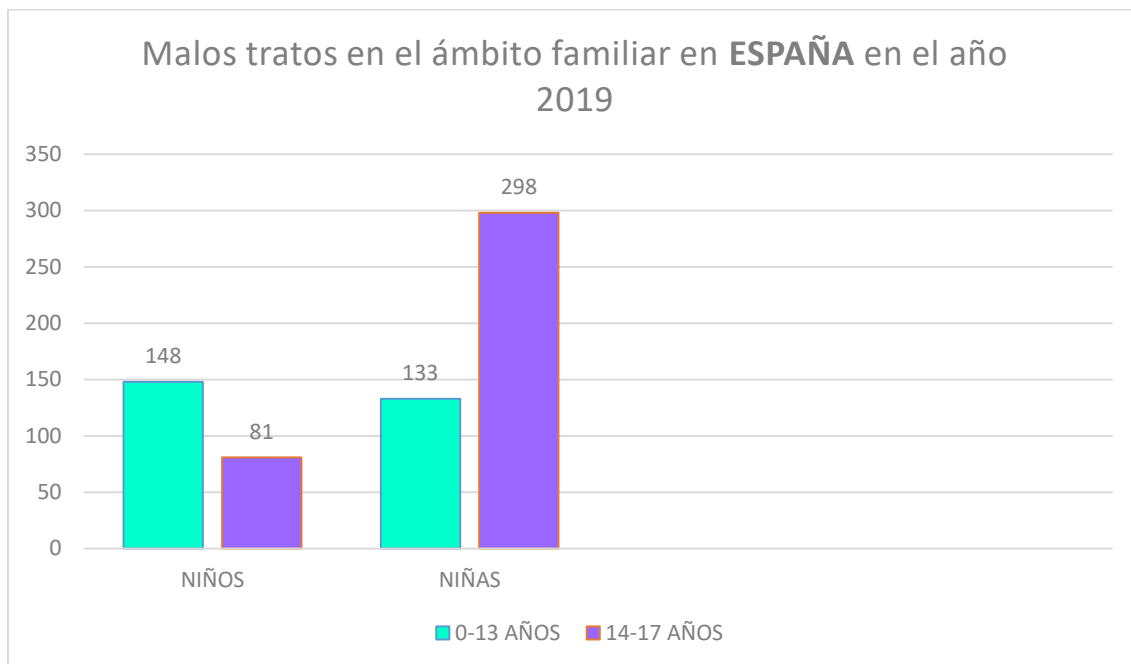
Por otro lado, según los últimos datos publicados en el Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (2019) en 2018 se registraron 18.801 notificaciones sobre sospechas de MI, de las cuales el 62% de las víctimas eran chicos y el 38% eran chicas, la gravedad de su maltrato era 66% leve-moderado y el 34% restante era grave. De todas esas notificaciones el 20,7% era maltrato físico y 3,4% abuso sexual. Estos datos son posibles gracias al RUMI, el Registro Unificado de Maltrato Infantil, este es un sistema que recoge las notificaciones de toda España.

Dos años antes, según Save the Children (2018), y a partir del RUMI, en 2016 se registraron en nuestro país 14.569 sospechas de MI.

Dicho de otro modo, en tan solo dos años se han registrado 3000 sospechas más. Llegados a este punto es preciso preguntarse qué significa esto y, como sociedad, qué se está haciendo mal. Por un lado, influye positivamente que la sociedad esté cada vez más concienciada con esta problemática y a la vez se muestre menos tolerante con la vulneración de derechos de la infancia, pero, por otro lado, también crea la duda de que el MI ocurra cada vez con más frecuencia. La realidad es que no existen pruebas que indiquen que el MI sucede más que hace 50 años, pero sí hay pruebas de que cada vez las instituciones ponen más el foco en la protección a la infancia.

Gracias al Portal estadístico de criminalidad del Ministerio del Interior (2019) se aprecian los siguientes datos en relación a victimizaciones de malos tratos intrafamiliares en el año 2019 en España, Castilla y León y Valladolid, en función de edad y sexo.

Gráfico 5.1 de malos tratos en el ámbito familiar en ESPAÑA en el año 2019.



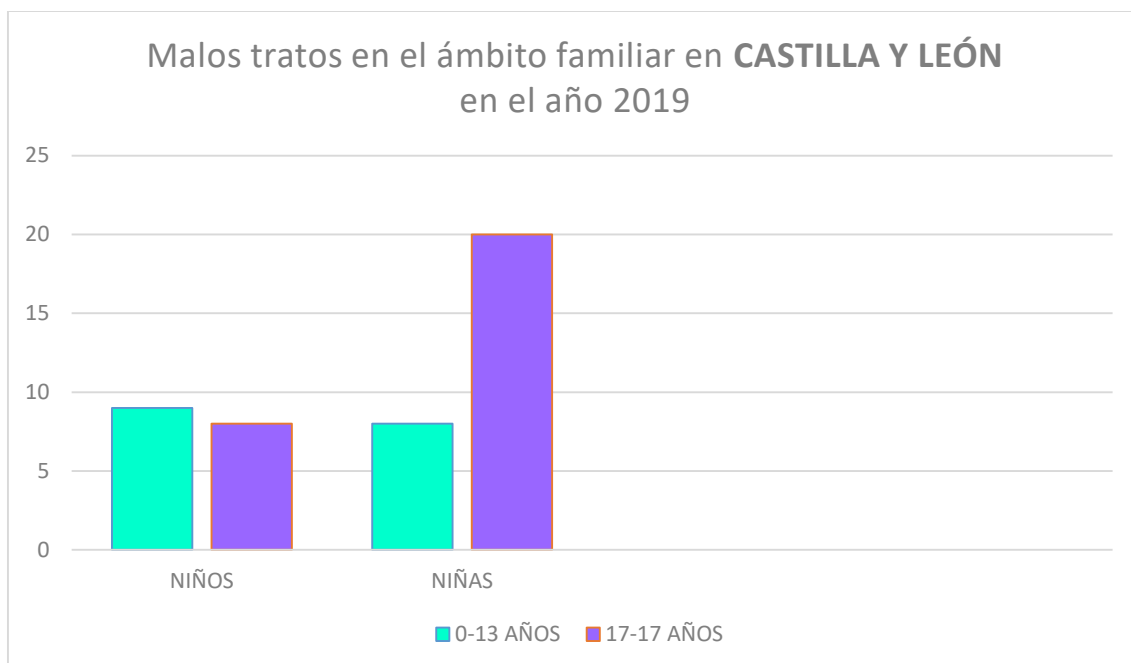
Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Portal Estadístico de Criminalidad.

En primer lugar, cabe destacar que es importante hacer distinción de edad entre los tramos 0-13 años y 14-17 años, siendo el primero muy grande y el segundo tan solo de tres años. Es muy curioso ver cómo varían los datos entre ambos tramos.

En relación con este primer gráfico se ve como la incidencia más alarmante se sitúa en niñas entre 14-17 años (298 casos) y el dato más bajo en el mismo tramo de edad, pero para los niños (81 años). En relación con de 0-13 años ambos sexos están muy igualados, señalando el dato de los niños un poco más elevado.

El segundo gráfico atiende a Castilla y León.

Gráfico 5.2 de malos tratos en el ámbito familiar en CASTILLA Y LEÓN en el año 2019.

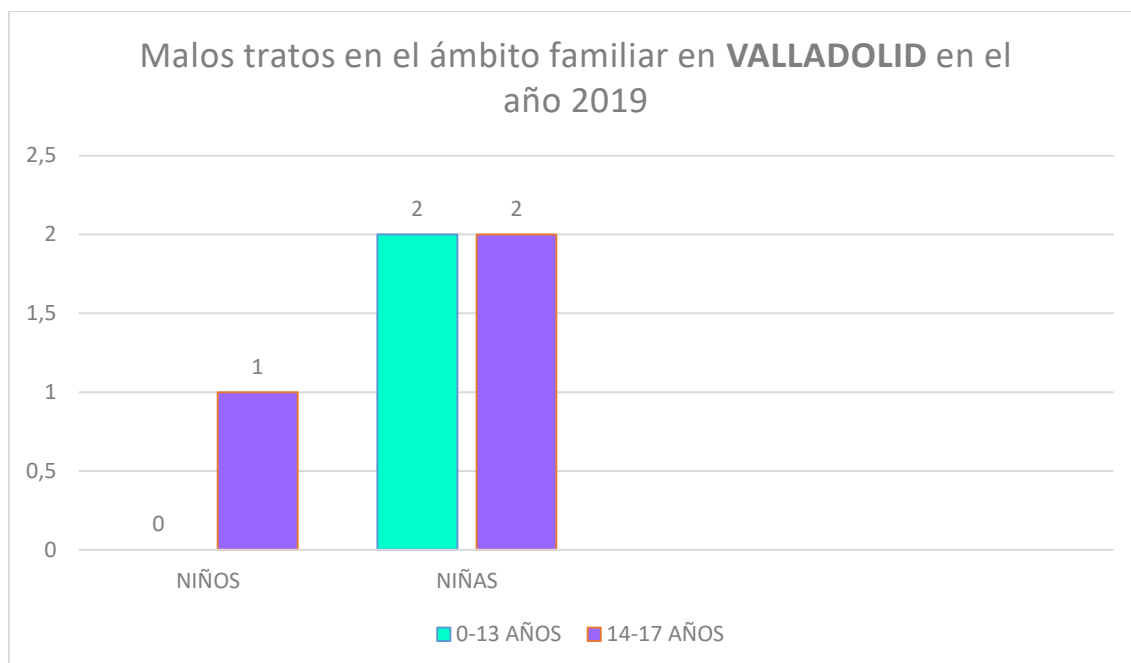


Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Portal Estadístico de Criminalidad.

En esta gráfica destaca el dato de niñas maltratadas de 14-17 años (20 casos) en la comunidad autónoma en cuestión. Mientras tanto, el resto de cifras están muy igualadas entre sí: niños de 0-13 años con 9 casos, niños de 14-17 años con 8 casos, y niñas de 0-13 años con 8 casos.

El ultimo gráfico representa la incidencia en Valladolid.

Gráfico 5.3 de malos tratos en el ámbito familiar en VALLADOLID en el año 2019.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Portal Estadístico de Criminalidad.

Esta gráfica, por suerte, tiene cifras muy bajas, acorde a analizar una provincia de mediana dimensión, en relación al resto de provincias españolas. Coinciden los datos entre niñas de 0-13 y de 14-17 años (2 casos en cada uno), mientras que de niños se ven 0 casos de 0-13 años y 1 caso de 14-17 años.

La información recogida, sobre todo a nivel nacional, permite ver que este fenómeno se encuentra en una situación preocupante a la par que estremecedora. La prevalencia actual muestra que alrededor de 1 de cada 5 personas ha sufrido algún tipo de violencia sexual durante su infancia o adolescencia y por ello la campaña de prevención vigente en Europa a manos de UNICEF y la OMS recibe este nombre ``UNO de cada CINCO´´.

Para concluir, independientemente de la metodología y del criterio para escoger las cifras en los estudios, los resultados llevan a la reflexión. El MI es una problemática gravísima que trasciende fronteras y que no entiende de status. Los datos son tan duros que con frecuencia hacen dudar de su veracidad, en cambio, no nos preguntamos en qué estamos fallando como sociedad. Y finalmente se ve que lo que falla es que nadie quiere creer. Negar la evidencia favorece que el problema permanezca y mientras tanto, miles de víctimas sufren estos episodios y posteriormente no reciben la atención y la ayuda que necesitan.

6. CONCLUSIONES

En la primera parte de este estudio, acorde al objetivo general del trabajo, se ha compilado el conocimiento disponible actual sobre el MI desde un enfoque general (no exclusivamente social), recogiendo información de múltiples disciplinas. Durante esta parte, se han tratado aspectos teóricos, psicológicos, legislativos y sociales. Partiendo de ello, se procuraba mentalizar al lector de lo perjudicial y aterrador que puede llegar a ser el MI. De tal forma, se examinaban, entre otras cosas, las principales secuelas a corto y largo plazo, los factores de riesgo y protección o los falsos mitos y creencias tanto del MI como del ASI. Esto daba lugar a entender la trascendencia que puede tener vivir tal suceso.

Se debe subrayar que hace relativamente pocos años que en nuestra sociedad se ha empezado a estudiar la violencia infantil, y, por consiguiente, a luchar contra ella. A pesar de ello, se distingue una gran evolución en las definiciones de MI y ASI, que se han ido basando, de manera progresiva, cada vez más, en necesidades y derechos de la infancia, alejándose de una mirada exclusivamente clínica. Además, el ASI ha sido uno de los tipos de MI más tardíamente estudiado. Esto, por supuesto, afecta negativamente. Sin embargo, son notables los esfuerzos de las instituciones y de la Administración Pública por proteger a estos niños. Se aprecia un aumento en la creación y puesta en marcha de programas de prevención, detección y atención. En cambio, y de forma inevitable, no son suficientes. Se necesita a un amplio grupo de profesionales de distintos ámbitos, formados y capacitados, que intervengan de manera simultánea y que posean un encuadre mental que les permita trabajar con esta problemática tan dura y compleja.

Es destacable, llegados a este punto, que esta problemática no debía estudiarse con otro enfoque que no fuera general puesto que tanto la prevención, como la detección o la atención siempre se realizan con presencia multidisciplinar. Esto lo convierte en conocimiento útil para cualquier disciplina que trabaje con la infancia.

Durante todo el documento, pero, sobre todo, en el marco legislativo, se exponía la evolución de la sensibilización y concienciación social.

Es en el quinto epígrafe cuando el enfoque pasa a ser social, aunque con importante mención a los equipos multidisciplinarios, mostrando así el rol del TS en esta lucha. A partir del mismo se cumplía con el segundo objetivo, exponer las funciones del TS. Es importante recalcar el indispensable papel que desempeña el TS en este ámbito, porque es este quien lleva el seguimiento de los casos, quien realiza informes sociales, quien asiste en la prevención, promoción y organización familiar, y quien se encarga de coordinar a todas las instituciones pertinentes entre sí (entre otras tareas). Así pues, el profesional del TS pasa a ser esencial e imprescindible, aportando sus habilidades y capacidades, por ejemplo, de escucha activa y empáticas, para trabajar con esta parte de la infancia tan frágil y dolida.

En el último apartado se atendía a la dimensión de la problemática, volviendo al enfoque general, cumpliendo así con la intención de revelar la magnitud del asunto en cuestión.

A continuación, se van a exponer cuáles han sido los inconvenientes que han surgido durante la realización de este estudio. Atendiendo al marco teórico, se aprecia que hay mucho conocimiento disponible sobre estas problemáticas, por ello, la única dificultad en este apartado ha sido escoger, entre tantísima información, cuál podía ser más útil para el TS. Para desarrollar "El Trabajo Social frente al MI" hubo que indagar en los protocolos más modernos para unificar entre todos ellos la información relativa a la disciplina en cuestión, a partir de compilar este conocimiento, y para clarificar el contenido, se dividió la atención desde SS.SS., Sanitarios y Educativos y desde el Tercer Sector. En el momento acercarse a las cifras relativas a la extensión del MI y del ASI es cuando se identifica el mayor hándicap, y es que apenas existen cifras actuales a nivel autonómico (de Castilla y León), y por consiguiente tampoco a nivel provincial. Por el contrario, otras Comunidades Autónomas como Andalucía o Asturias tienen su propio Observatorio de la Infancia, ofreciendo un fácil acceso a las magnitudes del MI y del ASI.

El análisis de los aspectos teóricos de este trabajo podría haber sido mucho más amplio, sin embargo, el trabajo debía tener una extensión limitada. Por ello, animo a los estudiantes de TS a continuar este estudio: atendiendo, por ejemplo, a los modelos teóricos de intervención en esta materia; analizando otros tipos de violencia infantil, como la explotación laboral; haciendo una revisión bibliográfica de programas de detección temprana en nuestro país; investigando la dimensión de este fenómeno de manera más específica por provincias españolas; incluso haciendo una comparación entre las mismas. En otras palabras, hay muchos caminos por los que seguir indagando en esta lucha contra la violencia infantil.

Recapitulando, y para finalizar con las conclusiones, con este trabajo se ha querido visibilizar una realidad oculta de la que muy pocos hablan. Se necesita seguir sensibilizando a la población, mentalizar de que los niños tienen dignidad y derechos, de que el MI no entiende de clases sociales, simplemente se produce en un contexto de desigualdad y carencias y que está más presente de lo que nos creemos. Hay que crear más recursos para trabajar con las víctimas y su entorno; es preciso promover cambios transversales para avanzar en la lucha; es necesario tener profesionales involucrados y comprometidos; se deben establecer definiciones comunes y claras que permitan a los profesionales del sistema de protección a la infancia trabajar de manera más efectiva en cuestiones de prevención, notificación, detección, atención e investigación; se tiene que difundir datos e información para desmentir falsos mitos y creencias; y por supuesto, se debe implantar la educación afectivo-sexual en todas las etapas educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Arredondo, V. (2002). Guía básica de prevención del abuso sexual infantil. Corporación ONG Paicabí. Gobierno Regional Quinta Región. Servicio Nacional de Menores Quinta Región. Recuperado de: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Guia_basica_prevenccion_del_abuso_sexual_1.pdf
- Asociación Castellano Leonesa para la defensa de la infancia y la juventud (rea). (2020). *Aspectos generales I: Ley Rhodes*. [Infografía]. Recuperado de: <http://www.asociacionrea.org/ley-organica-de-proteccion-integral-a-la-infancia-y-la-adolescencia-frente-a-la-violencia-ley-rhodes/>
- Barliner, L. y Elliott, DM (2002). Abuso sexual de niños. *El manual de APSAC sobre maltrato infantil* (2ª ed.) Myers, John, EB, Berliner, L. et al. Thousand Oaks, CA, EE.UU. : Sage Publications, Inc. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2002-06051-003>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa. Recuperado de: https://www.academia.edu/11611886/Los_Buenos_Tratos_a_la_Infancia_Parentalidad_Apego_y_Resiliencia_Jorge_Barudy_y_Maryorie_Dantagnan
- Caminero Rodríguez, C. (2014). *Menores víctimas de abuso sexual: propuesta de intervención "sistémica"*. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Deusto]. Recuperado de: <https://dkh.deusto.es/comunidad/learning/recurso/menores-victimas-de-abuso-sexual-propuesta-de/134fb03d-747e-4c93-abbb-2deeab5c560b>
- Cantón Duarte, J. y Cortés Arboleda, M. R., (1997). Malos tratos y abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención. *Madrid: Siglo XXI España*, pp. 25-29. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=54077>
- Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia. (2007). *II Informe Internacional Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. (978-84-611-7198-9). Recuperado de: http://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/creina00/04.dir/creina0004.pdf;jsessionid=82FC5B45424B14FEB341E1A62FCF1A2F
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. (1995). *Manual de intervención familiar en situaciones de desprotección infantil en Castilla y León*. Disponible en: https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/cyl2.Primera_parte.pdf
- Corsi, J. (1994). Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. En J. Corsi (Comp.) *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social* (pp. 15-26). México: Paidós.

https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/7_violencia/16.pdf

- Cortés, M. R.; Cantón-Cortés, D.; Justicia, F.; Cantón, J. (2011). *Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: el rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación*. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3851.pdf>
- Earvolino-Ramírez, M., (2007). *Resiliencia: un análisis de conceptos*. Foro de Enfermería. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x>
- Echeburúa, E.; y Corral, P. (2006). *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia*. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-76062006000100006
- Echeburúa, E.; y Guerricaechevarría, C.; (2011). *Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738651>
- Finkelhor, D. y Browne, A. (1985). El impacto traumático del abuso sexual infantil: una conceptualización. *Revista Estadounidense de Ortopsiquiatría*, 55, 530-541. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200024#:~:text=Seg%C3%BAAn%20Finkelhor%20y%20Browne%20\(1985,abuso%20y%20su%20impacto%20psicol%C3%B3gico](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200024#:~:text=Seg%C3%BAAn%20Finkelhor%20y%20Browne%20(1985,abuso%20y%20su%20impacto%20psicol%C3%B3gico)
- Generalitat Valenciana (2011). *Informe sobre la situación del menor (víctima e infractor) en la Comunitat Valenciana*. Conselleria de Governación. Recuperado de: http://cjusticia.gva.es/documents/19317797/21299499/Informe_menores_CV.pdf/ba17bc1b-eed3-43f4-99fa-60fd32bd92f4
- Gómez, J. A., Díaz Huertas, J.; Casado Flores, J. (2000). *Atención al abuso sexual infantil, Programa de Atención al Maltrato Infantil*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007088.pdf>
- Herrera Basto. (1999). Indicadores para la detección de maltrato en niño. *Salud pública de México*, vol.41(5), 420-425. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1999.v41n5/420-425/es>
- Horno Goicoechea, P. (2013). *Escuchando mis "tripas": Programa de prevención del abuso sexual en educación infantil*. Madrid: Boira editorial. Recuperado de: http://boiraeditorial.com/wp-content/uploads/2016/03/escuchando_mis_tripas_Pepa_Horno.pdf
- Junta de Castilla y León y SACyL. (2016). *Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de Maltrato Infantil intrafamiliar en la infancia y adolescencia*. Gerencia Regional de Salud. Disponible en: <https://www.ceescyl.com/documentacion-del->

ceescyl/zona-publica/varios/1492-jcyl-sacyl-protocolo-sanitario-de-actuacion-ante-la-sospecha-de-maltrato-intrafamiliar-en-la-infancia-y-adolescencia/file.html

- Kotliarenco, M. (1997). *La resiliencia como adjetivación del proceso de desarrollo infantil*. CEANIM.
- Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1-2), 53-63. Recuperado el 12 de mayo de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000100007&lng=es&tlng=es.
- Lasala, G. (1954). *La juventud delincuente en España y sus tribunales de menores*. Surgam, 68, 6-14.
- Lerman, R. (2002). *Las campanas de boda suenan en estabilidad y ganancias económicas para madres e hijos*. Disponible en <http://webarchive.urban.org/publications/900554.html>
- Loredó, A. (1994). *Maltrato al menor*. México: McGraw-Hill. https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-6-611-620.pdf
- Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 201 - 229. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/282663012_Epidemiologia_del_abuso_sexual_infantil
- Mebarak, M. R., Martínez, M. L., Sánchez Herrera, A., & Lozano, J. E. (2010) Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el caribe* (25), 128-154. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106007.pdf>
- Millán, S., García, J.A., Morilla, M. y Sepúlveda, P. (2006). *Victimología infantil*. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100001
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. (2019). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia* (Boletín nº 21). Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5999_d_Boletin-Proteccion-21.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España (2011). *Maltrato Infantil en la familia en España: Informe del Centro Reina Sofía*. Recuperado de: https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar*. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accessible.pdf

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2001). *Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos*. Recuperado de: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=7&subs=8&cod=266&page=>
- Ministerio del Interior, Gobierno de España. (10 de mayo de 2021). *Portal estadístico de criminalidad*. Recuperado el 10 de mayo de 2021 de: <https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es>
- Muñoz Silva, A. (2005) La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 5 (2), 147-163. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2134262>
- National Center on Child Abuse and Neglect (1988). *Child Abuse and Neglect: A shared community concern*. U.S. Department of health and human services. Recuperado de: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/136487NCJRS.pdf>
- Observatorio de la Infancia (2006). *Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos*. Madrid: Observatorio de la Infancia. Recuperado de: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/HojasDeteccion.pdf>
- Observatorio de la seguridad de la información. (2009). *Guía legal sobre ciberbullying y grooming*. Navarra: Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación. <https://www.educacion.navarra.es/documents/57308/57740/ciberbullyng.pdf/1c169fb5-b8ab-478f-b7f4-7e3d22adab14>
- Organización de las Naciones Unidas (1959). *Declaración de los Derechos del Niño*. Recuperado de: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33_d_DeclaracionDerechosNino.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/33_d_DeclaracionDerechosNino.pdf
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2021). *La atención y educación de la primera infancia*. Recuperado de: <https://es.unesco.org/themes/atencion-educacion-primera-infancia>
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Maltrato infantil*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: un Potente Ecuador*. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2016). *INSPIRE: siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños*. [Infografía]. Recuperado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/INSPIRE_infographic_ES.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Temas de salud. Violencia*. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/violence/es/#:~:text=La%20violencia%20es%20el%20uso,de%20desarrollo%20o%20la%20muerte.>
- Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf;jsessionid=2B4A36AF40B91F9E5DA15FFA835E4611?sequence=1
- Pereda Beltrán, N., (2009). *Consecuencias psicológicas iniciales del Abuso Sexual Infantil*. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/elmundodelosasi/pereda-2009>
- Pereda Beltrán, N.; Gallardo Pujol, D.; y Jiménez Padilla, R; (2011). *Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3424661>
- Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2012). *Victimología del desarrollo. Incidencia y repercusiones de la victimización y la polivictimización en jóvenes catalanes*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya. http://www.ub.edu/grevia/assets/victimologia_desenvolupament_cast.pdf
- Puerta et al. (s.f.). *Detección y prevención del maltrato infantil desde el centro educativo guía para el profesorado*. Defensor del menor en la Comunidad de Madrid. Obra social Caja Madrid. Recuperado de: http://www.madrid.org/dat_norte/WEBDATMARCOS/supe/convivencia/materiales/guia_protocolo_maltrato.pdf
- Redondo Figuero, C. y Ortiz Otero, M .R. (2005). El abuso sexual infantil. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 45, 3-16. Disponible en: https://www.sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005_45_003-016.pdf
- Rutter, M. (1993). Resiliencia: algunas consideraciones conceptuales. *Revista de salud adolescente*. 14 (8). 626-631. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X9390196V>
- Sánchez, V. y Guijarro, T. (2002). Apuntes para una historia de las instituciones de menores en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22 (84), 1-5. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000400006
- Save the Children (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Save the Children. Recuperado de:

https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf

- Save the Children (2017). *Ojos que no quieren ver. Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*. Save the Children España. Recuperado de: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/ojos-que-no-quieren-ver>
- Save the Children. (2018). *Más me duele a mí: la violencia que se ejerce en casa*. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_me_duele_a_mi.pdf
- Suárez-Cabral, L. (2014, 5 de octubre). La curiosa historia del maltrato infantil. ABC. Recuperado de: <http://www.abc.com.py/edicion-impres/suplementos/cultural/la-curiosa-historia-del-maltrato-infantil-1292510.html>
- Summit, R. C. (1983). El Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil. *Abuso y negligencia infantil*, 7 (2), 177-193. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/elmundodelosasi/sndrome-de-acomodacin-al-abuso-sexual-infantil-por-roland-c-summit-md>
- UNICEF (2015). *Informe anual de UNICEF 2014. Nuestra historia*. Recuperado de: https://www.unicef.org/spanish/publications/index_82455.html
- UNICEF. (2005). *Estado Mundial de la Infancia 2005. La infancia amenazada*. Recuperado de: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=251
- V. Intebi, I. (2011) *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Ediciones Granica S.A.
- V. Intebi, Irene. (2012). *Estrategias y modalidades de intervención en Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar*. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Recuperado de: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/ESTRATEGIAS_Y_MODALIDAD_ES_DE_INTERVENCIO.pdf
- Villanueva Sarmiento, I. (2013). El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16(30), 451-470. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552364016.pdf>
- Wolfe D. (1991). *Programa de conducción de niños maltratados*. México, D.F.: Trillas.
- Santana, R., Sánchez, R. y Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud pública de México*, 40 (1), 58-65.