

LA DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN ARAGÓN

**Protocolo de actuación en la Comunidad
Autónoma de Aragón para:**

Centros de Servicios Sociales

Servicio Especializado de Menores

Título

“La detección y notificación en casos de abuso sexual infantil en Aragón”

AUTORES DEL DOCUMENTO:

COORDINACIÓN

Encarna Bendicho Hernández. *Psicóloga. Servicio Especializado de Menores.*

SERVICIO ESPECIALIZADO DE MENORES

Laura Alegre Gascón. *Trabajadora Social.*

Isabel Fernández Sanz. *Trabajadora Social.*

Beatriz Zabala García. *Educadora Social.*

CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES

Ayuntamiento de Zaragoza:

Yolanda Mañas Ballestín. *Psicóloga.*

Rafael Martínez Roy. *Educador Social.*

Comarca Hoya de Huesca:

Teresa Rey Jiménez. *Trabajadora Social.*

SUPERVISION DEL DOCUMENTO:

José Manuel Casión Muñoz. *Jefe de Servicio de Prevención y Protección a la Infancia y la Adolescencia y Ejecución de Medidas Judiciales.*

Índice

INTRODUCCIÓN **5**

PROTOCOLO: **7**

Principios que deben regular la aplicación del protocolo de actuación.	7
Definición abuso sexual infantil.	8
Indicadores de posibles abusos sexuales.	9
Actuación profesional en casos de abuso sexual infantil.	13

ANEXOS: **18**

1 Desarrollo de la sexualidad. Manifestaciones de la sexualidad infantil.	18
2 Pautas de actuación ante la revelación de un menor de haber sufrido abusos sexuales.	20
3 Consecuencias del abuso sexual infantil a corto y a largo plazo.	21
4 Otros tipos de abuso: grooming.	24
5 Glosario de términos técnicos.	25
6 Direcciones de interés.	28
7 Bibliografía.	30





En Aragón se viene trabajando desde hace tiempo en la información, sensibilización, formación a profesionales y elaboración de Guías e instrumentos para la detección y notificación del maltrato infantil.

El abuso sexual infantil ha estado presente históricamente en nuestra sociedad, se produce en todas las culturas y su detección presenta una gran dificultad debido a la intimidad del hecho, al silencio que el perpetrador impone a la víctima y a que algunos indicadores son poco observables. Siempre está presente un abuso de poder por la diferencia de edad, de fuerza física o autoridad, y la asimetría en la relación impide una relación sexual libre y compartida.

Es una tipología de maltrato tardíamente estudiada que implica gran alarma social, que en muchas ocasiones dificulta la exploración y valoración de los casos.

Los profesionales que estudian las notificaciones o denuncias de posibles abusos sexuales han solicitado formación e instrumentos que les ayuden a realizar mejor su trabajo. Como respuesta a esta demanda se creó un grupo de trabajo formado por técnicos de distintas profesiones de los Servicios Sociales Especializados de Infancia y de los Centros de Servicios Sociales que, en un intento de clarificar la intervención, elaboraron este documento. En él se recogen principios de actuación, definiciones y conductas a observar así como indicadores clasificados en función de la especificidad relacionada con el abuso sexual.

Este protocolo propone actuaciones concretas para los profesionales en función de las situaciones detectadas, así como un conjunto de anexos con información sobre sexualidad en general, pautas ante la revelación, evaluación del abuso, un glosario de términos y bibliografía de interés.

No pretende ser un manual teórico sobre el tema, sino un instrumento sencillo, fácil de manejar y que permita conocer las actuaciones que debe realizar cada profesional según el momento de la intervención y cual es el circuito de derivación cuando proceda.

Con la elaboración y publicación de este documento, la difusión del mismo y la formación para su utilización damos respuesta a una de las medidas que el Plan Integral de Infancia y Adolescencia de Aragón propone y a la demanda que los profesionales han planteado con frecuencia.





PRINCIPIOS QUE DEBEN REGULAR LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Con este Protocolo de actuación se pretende que las actuaciones de las diferentes instituciones y de sus profesionales respeten los siguientes principios y criterios:

- Actuar siempre garantizando el **interés superior del menor**, asegurando la protección y seguimiento posterior del niño/a.
- Intervenir de manera **coordinada**, diferenciando los niveles de detección e intervención, siguiendo pautas compartidas y mutuamente aceptadas como válidas.
- Prestar atención, de forma **inmediata y ágil**, evitando demoras en la intervención, siempre y cuando sea posible desde los Servicios más próximos.
- Facilitar las buenas prácticas en el proceso de detección y derivación de abusos sexuales a los profesionales que trabajan con menores. Un **acercamiento no alarmista y eficaz** de los profesionales al tema, actuando con la máxima discreción, contribuirá a evitar las consecuencias, no siempre evidentes, que se derivan de una detección incorrecta de abuso sexual; tanto las consecuencias perniciosas para personas que son inocentes, como para los propios menores al crear en ellos una falsa identidad como víctimas.
- Actuar bajo el principio de "**mínima intervención**", evitando el maltrato institucional generado por la reiteración de actuaciones o su práctica en condiciones poco adecuadas, teniendo en cuenta que cualquier intervención directa con menores, contemplada en el protocolo deberá ser realizada por profesionales, de atención primaria o especializada, con formación en abusos sexuales.
- Posibilitar la valoración, apoyo e intervención terapéutica de las víctimas de abuso sexual infantil, sean o no objeto de una medida de protección.



DEFINICIÓN ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil (ASI) se refiere a cualquier conducta sexual mantenida entre dos personas (al menos una de ellas menor) entre las que existe una situación de desigualdad –ya sea por razones de edad o de poder- y en las que el menor es utilizado para la estimulación sexual de otra persona.

Lo que define el abuso es la **asimetría** entre los implicados en la relación y la presencia de **coacción** –explícita o implícita-.

Las conductas abusivas incluyen un contacto físico, o suponen una utilización del menor como objeto de estimulación sexual del agresor, o incluso de terceras personas (como cuando se utiliza a un niño para la producción de pornografía).

Tipos de conducta que comprende:

En función de la relación entre la víctima y el abusador:

- *Abuso Sexual Intrafamiliar:* Relación sexual protagonizada por una persona que mantiene consanguinidad lineal con el niño (padre, madre, abuelo, abuela) o por un hermano, tío o sobrino. También se incluye el caso en que el adulto esté cubriendo de manera estable el rol parental (por ejemplo, padres adoptivos, padrastro/madrastra).
- *Abuso Sexual Extrafamiliar:* Relación sexual protagonizada por cualquier persona no incluida en el apartado anterior.

En función del tipo de contacto sexual:

- *Abuso sexual sin contacto físico:* Por ejemplo, exhibicionismo, solicitudes al niño de implicarse en una actividad sexual sin contacto físico, enseñar y/o hablar con el niño acerca de material pornográfico, comentarios verbales, testigos de actos sexuales, abusos realizados a través de nuevas tecnologías –grooming- (internet, teléfono móvil...), entre otras.
- *Abuso sexual con contacto físico:* Por ejemplo, tocar y acariciar los genitales del niño, coito, intentos de penetración vaginal, oral y/o anal, penetración digital, entre otras.

INDICADORES DE POSIBLES ABUSOS SEXUALES

1. Indicadores altamente específicos de abuso

1. Información fiable sobre conductas sexuales claramente inapropiadas de las figuras parentales (o de otros adultos) hacia el menor o de las que éste es testigo.
2. Manifestación por parte del menor de haber sido objeto de abuso sexual.
3. Informe médico que confirme la existencia de abuso o indicio de que está ocurriendo.
4. Presencia en el menor de alguno de los siguientes indicadores físicos:
 - Lesiones en zonas genital o anal:
 - Desgarros recientes o cicatrices del himen.
 - Diámetro del himen mayor que 1 cm.
 - Desgarro de la mucosa vaginal.
 - Dilatación anal y esfínter anal hipotónico.
 - Sangrado por vagina o ano.
 - Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis, sida no preexistente al momento del nacimiento, condilomas acuminados – conocidos como verrugas genitales-, flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales –clamidia, tricomonas- en la flora normal de la menor.
 - Embarazos.

2. Indicadores de probable abuso

La hipótesis de un supuesto abuso sexual debe ser valorada siempre, pues es posible que sea cierta.

1. Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado en zonas genital o anal.



2. Conductas hipersexualizadas o autoeróticas infrecuentes en niños de su edad:
 - Masturbación compulsiva (se advierte cuando ésta es la actividad que más interés despierta en el menor o que ocupa la mayor parte de su tiempo y también cuando no puede evitarla incluso en presencia de una figura que podría censurarla).
 - Conductas inapropiadas para cualquier edad (por ejemplo, investigar los genitales –sobre todo el recto- de animales o intentar introducir objetos en sus orificios).
 - Variante particular de los juegos de “médicos”, “los novios” o “el papá y la mamá”.
 - Realización de juegos sexuales con otros menores, con representaciones o actividades concretas de sexo oral, coito anal o vaginal, inserción de objetos en orificios genitales o masturbación mutua.
 - Utilización de la fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros menores en los juegos sexuales.
 - Sexualización precoz: juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad inusual para la edad.
 - Realización de juegos sexuales con otros menores de edades inferiores o que están en un momento evolutivo distinto.
 - Acercamientos peculiares a los adultos: tratar de tocar u oler los genitales del adulto; aproximarse por detrás a una persona agachada y, desde esa posición, realizar movimientos copulatorios; acomodarse sobre un adulto en la cama y simular movimientos de coito; pedir o tratar de introducir la lengua cuando besa.
 - En adolescentes: promiscuidad sexual, prostitución o excesiva inhibición sexual.
3. Conocimientos sexuales inusuales para la edad.
4. Manifestación por parte de una de las figuras parentales o un miembro de la familia del menor de sus sospechas de que el abuso está ocurriendo.
5. Información o sospecha de conductas sexuales por parte de los adultos que viven con el menor que resultan “dudosas” en cuanto a su adecuación.

Las conductas hipersexualizadas insinúan un conocimiento inusual del menor acerca de los comportamientos sexuales adultos y revela erotización precoz. Poder distinguir en poco tiempo y con el mayor grado de certeza posible si se trata de conductas exploratorias inofensivas o indicadores de que está ocurriendo algo más grave, es de gran ayuda para la detección del abuso sexual.

3. Indicadores inespecíficos de abuso

Estos indicadores¹ no tienen necesariamente una relación causal con el abuso sexual y pueden aparecer sin que éste exista, pero dado que están estrechamente vinculados a situaciones de estrés elevado, su presencia es indicadora de sospecha. La hipótesis de abuso sexual debe ser siempre tenida en cuenta y valorada.

1. Indicadores físicos:

- Ciertos trastornos psicósomáticos como los dolores abdominales recurrentes y los dolores de cabeza de causa idiopática.
- Trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa).
- Fenómenos regresivos como la enuresis y encopresis en niños que ya habían logrado el control de esfínteres.
- Infecciones urinarias repetidas sin causa orgánica o externa identificable.

2. Indicadores psicológicos y comportamentales:

- En la infancia temprana (menores de tres años):
 - Retraimiento social.
 - Alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas.
 - Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas.
 - Alteraciones en el ritmo de sueño.
- En preescolares:
 - Síndrome de estrés postraumático.

¹ Intebi, I. y Osnajanski, N. (2003): *Maltrato de niños, niñas y adolescentes. Detección e intervención*. ISPCAN - Familias del Nuevo Siglo.



- Hiperactividad.
- Enuresis y encopresis.
- Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos).
- Fobias o temores intensos.
- Conductas compulsivas de distinto tipo.
- Fenómenos disociativos.
- En niñas y niños de edad escolar y preadolescentes:
 - Cualquiera de los trastornos observables en etapas anteriores.
 - Dificultades de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento de aparición brusca e inexplicable.
 - Fugas del hogar.
 - Retraimiento llamativo o, por el contrario, hostilidad y agresividad exacerbada en el hogar o con los amigos y compañeros de estudios.
 - Sobreadaptación, pseudomadurez.
 - Conflictos con las figuras de autoridad, junto con una marcada desconfianza hacia los adultos significativos.
 - Pequeños robos.
 - Mentiras frecuentes.
 - Sentimientos de desesperanza y tristeza.
 - Tendencia a permanecer en la escuela fuera del horario habitual.
- En adolescentes:
 - Conductas violentas de riesgo para su integridad física.
 - Retraimiento, sobreadaptación.
 - Fugas del hogar.
 - Consumo de drogas.
 - Delincuencia.
 - Automutilaciones y otras conductas agresivas.
 - Intentos de suicidio.
 - Trastornos disociativos.
 - Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).

ACTUACIÓN PROFESIONAL EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

1. CASOS CON INDICADORES ALTAMENTE ESPECÍFICOS

En los casos en que los indicadores sean altamente específicos de un abuso sexual, las probabilidades de que haya ocurrido son elevadas.

1.- En CONTEXTOS DE PROTECCIÓN del menor, es decir, cuando el menor permanece en un entorno que valoramos como protector donde existe al menos una figura con capacidad y determinación para impedir las situaciones de abuso, **la coordinación del caso será responsabilidad de los Centros de Servicios Sociales (CSS)**, desde donde se proporcionará a los padres o tutores, el apoyo e información sobre recursos legales y terapéuticos.

La valoración y/o tratamiento, impulsado por los padres o tutores legales del menor, se llevará a cabo a través de los servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil u otros dispositivos especializados que pudieran existir.

Serán los padres o tutores legales quienes, si lo consideran oportuno, presenten la correspondiente denuncia. La valoración de posibles indicios de delito la realizará el *Juzgado/Fiscalía*.

2.- En CONTEXTOS DE DESPROTECCIÓN, es decir, cuando no existe una figura adulta que garantice la protección del menor, los casos serán derivados directamente al Servicio Especializado de Menores (SEM) para su estudio y valoración. Una vez estudiada la información disponible, se contactará con los Centros de Servicios Sociales que han realizado la notificación para coordinar la actuación de ambos Servicios.

La coordinación de caso será responsabilidad del Servicio Especializado. Esta coordinación entre Centros de Servicios Sociales y Servicio Especializado de Menores será especialmente importante cuando las sospechas de abuso sexual surjan en una familia con la que se está interviniendo en el CSS.



Desde el SEM se realizarán tres funciones:

- Decidir sobre la necesidad o no de una medida de protección.
- Realizar una evaluación psicológica del menor, con una entrevista realizada por un profesional formado en abusos sexuales, valorándose la conveniencia o no de un posible tratamiento, que podrá realizarse desde el SEM u otros dispositivos especializados.
- Mantener informados a los padres o tutores legales del menor a lo largo del proceso.

La información obtenida y confirmada sobre el ASI deberá comunicarse a Fiscalía de Menores, quien valorará si existen indicios de delito y promoverá que se lleven a cabo las medidas oportunas; todo ello independientemente de las actuaciones judiciales derivadas de posibles denuncias o partes de lesiones remitidos desde los servicios sanitarios.

2. CASOS CON INDICADORES DE PROBABLE ABUSO

En ocasiones podemos encontrarnos con indicadores que no son específicos, pero aparecen con frecuencia en los casos de abuso sexual (indicadores de probable abuso). La presencia de éstos ha de hacer pensar en la hipótesis de la ocurrencia del abuso, que debe ser investigada. No obstante, hay que tener en cuenta que este tipo de indicadores también pueden aparecer asociados o ser consecuencia de otro tipo de situaciones diferentes al abuso sexual.

En estos casos, el estudio y valoración corresponderá a los Centros de Servicios Sociales que establecerán un plan de recogida de información.

Se estudiará el caso como cualquier otra notificación, teniendo presente la hipótesis de abuso sexual. Los CSS podrán solicitar asesoramiento técnico al Servicio Especializado.

Si se considera necesaria una entrevista exploratoria de ASI con el menor, se derivará al SEM, Salud Mental Infanto-Juvenil u otros dispositivos especializados.

Si en este proceso de recogida de información aparecen **indicadores altamente es-**

pecíficos que encajan con la hipótesis de abuso sexual con mayor probabilidad, se procederá de la siguiente manera:

1.- En CONTEXTOS DE PROTECCIÓN del menor, es decir, cuando el menor permanece en un entorno que valoramos como protector donde existe al menos una figura con capacidad y determinación para impedir las situaciones de abuso, **la coordinación del caso será responsabilidad de los Centros de Servicios Sociales**, desde donde se proporcionará a los padres o tutores, el apoyo e información sobre recursos legales y terapéuticos.

La valoración y/o tratamiento, en caso necesario y a petición de los padres o tutores legales del menor, se llevará a cabo a través de los servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil u otros dispositivos especializados en la materia.

Serán los padres o tutores legales quienes, si lo consideran oportuno, presenten la correspondiente denuncia. La valoración de posibles indicios de delito la realizará el *Juzgado/Fiscalía*.

2.- En CONTEXTOS DE DESPROTECCIÓN, es decir, cuando no existe una figura adulta que garantice la protección del menor, se derivará al Servicio Especializado de Menores, para entrevista del menor y estudio del caso, tras haber completado toda la información necesaria.

La coordinación de caso será responsabilidad del Servicio Especializado. Esta coordinación entre Centros de Servicios Sociales y Servicio Especializado de Menores será especialmente importante cuando las sospechas de abuso sexual surjan en una familia con la que se está interviniendo en CSS.

Desde el SEM se realizarán tres funciones:

- La decisión sobre la necesidad o no de una medida de protección.
- La evaluación psicológica del menor, con una entrevista realizada por un profesional formado en abusos sexuales, valorándose la conveniencia o no de un posible tratamiento, que podrá realizarse desde el SEM u otros dispositivos especializados.



- Mantener informados a los padres o tutores legales del menor a lo largo del proceso.

La información obtenida y confirmada sobre el ASI deberá comunicarse a Fiscalía de Menores, quien valorará si existen indicios de delito y promoverá que se lleven a cabo las medidas oportunas; todo ello independientemente de las actuaciones judiciales derivadas de posibles denuncias o partes de lesiones remitidos desde los servicios sanitarios.

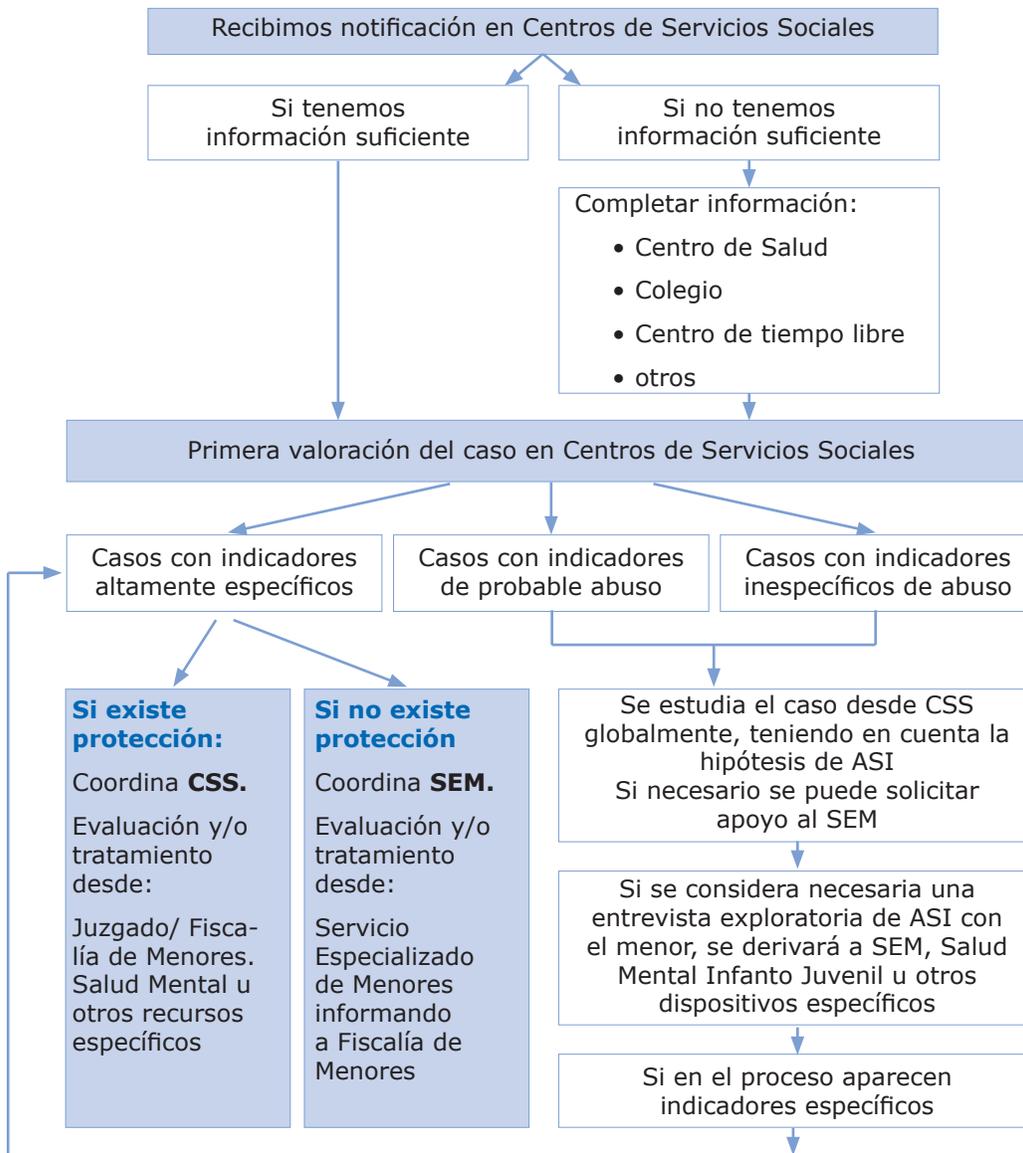
3. CASOS CON INDICADORES INESPECÍFICOS DE ABUSO SEXUAL

Por último, hay otro tipo de indicadores que, en ocasiones, aparecen asociados al abuso sexual aunque en la mayoría de los casos están relacionados con dificultades en la familia o el menor o son consecuencia de otro tipo de situaciones de desprotección (indicadores inespecíficos). En estos casos, a la hora de establecer hipótesis sobre el posible origen de estos indicadores, siempre ha de incluirse la posibilidad de ocurrencia de un abuso sexual. Esta hipótesis deberá ser siempre valorada.

Cuando no exista otra tipología de desprotección grave asociada, **la coordinación del caso corresponderá siempre a los Centros de Servicios Sociales**, quienes deberán llevar a cabo un proceso de recogida de información, estudio y valoración del caso.

Se procederá de la misma forma que la señalada en el apartado anterior si de ese proceso de recogida de información se obtienen indicadores altamente específicos.

ACTUACIÓN PROFESIONAL EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL



ANEXOS

ANEXO 1

DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD. MANIFESTACIONES DE LA SEXUALIDAD INFANTIL.

A. Del nacimiento a los dos años

- Exploran las diferentes partes del cuerpo incluso los genitales.
- Comienzan a desarrollar una actitud positiva o negativa respecto al propio cuerpo.
- Experimentan placer genital. Desde el nacimiento los niños tienen erecciones y las niñas lubricación vaginal.
- Son animados por la familia y el entorno para que desarrollen su identidad masculina o femenina.
- Aprenden algunas conductas propias de los niños y las niñas.

B. Tercer y cuarto año de vida

- Son conscientes y muy curiosos respecto a las diferencias corporales de género.
- Se acarician y aprenden a masturbarse.
- Juegan a los médicos, imitan actividades u otros juegos sexuales con los amigos y hermanos.
- Adquieren una creencia respecto a la identidad sexual: ser hombre o mujer.
- Imitan la conducta sexual de los adultos.
- Dicen tacos.
- Hacen preguntas sobre el otro sexo.
- Tienen curiosidad por su origen y nacimiento.

C. Quinto y sexto año de vida

- Continúan con los juegos y actividades sexuales, así como con la masturbación.
- Manifiestan curiosidad por el embarazo y nacimiento.

- Manifiestan relaciones de amistad con otros niños del mismo sexo.
- Manifiestan un gran interés por el rol de género.
- Tienen una orientación sexual básica.
- Adquieren una nueva forma de valorar a los adultos que tienen autoridad.
- Comparan su situación con la de sus iguales.
- Comienzan a crear con el grupo de iguales una determinada forma de hablar y vestirse.
- Hacen bromas respecto a la sexualidad.

D. Entre los nueve y doce años

- Comienza la pubertad.
- Se hacen más reservados y manifiestan deseos de tener vida privada.
- Se producen cambios emocionales fuertes: alegría y tristeza.
- Tienen sentimientos muy fuertes de enamoramiento o amistad con sus amigos, con otros adolescentes, con artistas o profesores, entre otros.
- Mantienen un apego importante con los amigos del propio sexo.
- Se sienten incómodos.
- Se masturban hasta llegar al orgasmo.
- Están muy influidos por el grupo de iguales.
- Tienen fantasías sexuales y románticas.
- Toman decisiones sobre la actividad sexual o el uso de las drogas.

CONDUCTAS SEXUALES SEGÚN LA EDAD

A. Prepúberes (0-12 años)

- Conversaciones sobre los genitales o la reproducción, con niños de la misma edad.
- “Enséñame y te enseño” con niños de la misma edad.



- Jugar a médicos.
- Masturbación ocasional.
- Comportamientos imitando la seducción.
- Uso de tacos dentro de la pandilla o grupo de iguales.

B. Pospúberes (13-18 años)

- Conversaciones sexuales explícitas con compañeros.
- Juegos o bromas con la pandilla o grupo de iguales.
- Cortejo o flirteo sexual.
- Masturbación en solitario.
- Interés en contenidos eróticos.
- Besos, abrazos o ir de la mano.
- Comportamientos sexuales explícitos.
- Masturbación mutua.
- Coito monógamo estable o seriado.

ANEXO 2

PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE LA REVELACIÓN DE UN MENOR DE HABER SUFRIDO ABUSOS SEXUALES

La forma en la que reaccione la persona a la que el niño o niña revela su experiencia de abuso va a resultar fundamental para una adecuada evolución del menor, sobre todo, cuando estas personas tienen vínculos afectivos importantes con él, como sus padres, sus amigos o su profesor.

Por eso, se considera importante proporcionar unas pautas generales¹ sobre cómo debe reaccionar una persona –profesional o no- ante la revelación del abuso por parte de los niños y niñas.

¹ (Extraído de ABUSO SEXUAL INFANTIL: MANUAL DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES. Save the Children. 2001 y VALORACIÓN DE SOSPECHAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL. Gobierno de Cantabria. Irene V.Intebi. 2007)

- Acompañar y observar. Debemos vigilar y observar en los menores, cualquier cambio brusco y sin aparente explicación de humor, en los estudios, en la comida, en las relaciones, etc. Es más fácil saber lo que pasa cuando observamos al niño, ya que no es capaz de verbalizar muchas cosas, pero sí las expresa según su forma de actuar.
- Escuchar con tranquilidad y sin alarmarnos. No negar que el abuso ha ocurrido. Mantener la calma y el control de las emociones. Si el niño ve que nos alarmamos o expresamos disgusto, puede dejar de narrarnos lo que en realidad está pasando.
- Expresarle afecto y cercanía, decirle que le quieres igual que antes, reconocer sus sentimientos y animarlo a que los exprese, evitar sobreprotegerlo y no sentir temor a plantear el tema.
- Ofrecerle seguridad y apoyo. Hacerle entender que él o ella no son responsables ni culpables de lo que ha pasado.
- Reforzarle positivamente, ya que hay cosas que son muy difíciles de decir a otras personas. No se trata de demostrarle lástima sino de reforzar su apertura.
- Tratar al menor con dignidad y respeto, permitir que sienta y comente cualquier tipo de emoción.
- Escucharle con atención aquello que el menor quiera decir, sin rellenar los silencios y sin obligarle a que comente sus sentimientos o muestre sus heridas.
- Contestar las preguntas del niño con sencillez y con la mayor sinceridad posible.
- No hacer promesas que no se puedan cumplir.
- Trasladar el relato del niño al profesional que corresponda.

ANEXO 3

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL A CORTO PLAZO

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los



niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos.

Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido.

En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el adulto puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio (tabla 1).

TABLA 1: Principales consecuencias a corto plazo del abuso sexual en niños y adolescentes.

Tipos de efectos	Síntomas	Período evolutivo
Físicos	-Problemas de sueño (pesadillas) -Cambios en los hábitos de comida -Pérdida del control de esfínteres	infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia
Conductuales	-Consumo de drogas o alcohol -Huidas del hogar -Conductas autolesivas o suicidas -Hiperactividad -Bajo rendimiento académico	adolescencia adolescencia adolescencia infancia infancia y adolescencia
Emocionales	-Miedo generalizado -Hostilidad y agresividad -Culpa y vergüenza -Depresión -Ansiedad -Baja autoestima y sentimientos de estigmatización -Rechazo del propio cuerpo -Desconfianza y rencor hacia los adultos -Trastorno de estrés postraumático	infancia infancia y adolescencia infancia y adolescencia
Sexuales	-Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad -Masturbación compulsiva -Excesiva curiosidad sexual -Conductas exhibicionistas -Problemas de identidad sexual	infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia y adolescencia infancia adolescencia
Sociales	-Déficit en habilidades sociales -Retraimiento social -Conductas antisociales	infancia infancia y adolescencia adolescencia

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL A LARGO PLAZO

Los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales, pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas (tabla 2¹).

Los problemas más habituales son las alteraciones en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas).

En otros casos, sin embargo, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, etc.

TABLA 2: Principales secuelas psicológicas en víctimas adultas de abuso sexual en la infancia

Tipos de secuelas	Síntomas
Físicas	-Dolores crónicos generales -Hipocondria y trastornos de somatización -Alteraciones del sueño (pesadillas) -Problemas gastrointestinales -Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
Conductuales	-Intentos de suicidio -Consumo de drogas y/o alcohol -Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple)
Emocionales	-Depresión -Ansiedad -Baja autoestima -Estrés postraumático -Trastornos de personalidad -Desconfianza y miedo a los hombres -Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura y de intimidad
Sexuales	-Fobias o aversiones sexuales -Falta de satisfacción sexual -Alteraciones en la motivación sexual -Trastornos de la activación sexual y del orgasmo -Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo
Sociales	-Problemas en las relaciones interpersonales -Aislamiento -Dificultades en la educación de los hijos

1 Echeburúa E. y de Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. Cuadernos de Medicina Forense 2006; 12(43-44):75-82

Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor, etc.)

ANEXO 4

OTROS TIPOS DE ABUSO: GROOMING

DEFINICIÓN:

“Podemos definir Grooming de manera sencilla como el conjunto de estrategias que una persona adulta desarrolla para ganarse la confianza del menor a través de Internet con el fin último de obtener concesiones de índole sexual. Hablamos entonces de acoso sexual a menores en la Red y el término completo sería child grooming o internet grooming. Desde un acercamiento lleno de empatía y/o engaños se pasa al chantaje más cruento para obtener imágenes comprometidas del menor y, en casos extremos, pretender un encuentro en persona. El daño psicológico que sufren niños, niñas y adolescentes atrapados en estas circunstancias es enorme.”

El proceso del grooming:

El grooming habitualmente es un proceso que puede durar semanas o incluso meses, y que suele pasar por las siguientes fases, de manera más o menos rápida según diversas circunstancias:

1. El adulto procede a elaborar lazos emocionales (de amistad) con el/la menor, normalmente simulando ser otro niño o niña.
2. El adulto va obteniendo datos personales y de contacto del/a menor.
3. Utilizando tácticas como la seducción, la provocación, el envío de imágenes de contenido pornográfico, consigue finalmente que el/la menor se desnude o realice actos de naturaleza sexual frente a la webcam o envíe fotografías de igual tipo.

4. Entonces se inicia el ciberacoso, chantajeando a la víctima para obtener cada vez más material pornográfico o tener un encuentro físico con el/la menor para abusar sexualmente de él/ella.

En la actualidad existen una serie de asociaciones sin ánimo de lucro que, entre los puntos de sus programas, incluyen al grooming como un problema muy serio a erradicar. Algunos ejemplos de esto son la Fundación Alia2, Protégeles o Pantallas Amigas.

Otras referencias de interés:

- *Guía legal sobre ciberbullying y grooming. INTECO (Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación).*
- *Artículo Sept. 10. Eduardo Pascual Herranz. Jefe del Grupo de delitos tecnológicos de la Jefatura Superior de Policía de Andalucía Occidental.*
- *¿Qué es el grooming? Miguel Adame Vázquez.*

ANEXO 5

GLOSARIO DE TÉRMINOS TÉCNICOS

Conducta hipersexualizada:

La conducta del menor aparece entrelazada con comportamientos de tipo sexual impropios de su edad y desarrollo. Insinúa un conocimiento inhabitual del niño acerca de los comportamientos sexuales adultos y revela una erotización precoz.

Conducta regresiva:

En respuesta al trauma del abuso sexual, muchos niños pueden presentar determinadas manifestaciones regresivas como el "lenguaje bebé", enuresis, encopresis y ansiedad por la separación.

Estigmatización:

Es sentida como culpa, vergüenza, pérdida de valor. El abuso sexual deteriora la autoimagen y ejerce una profunda influencia en la autoestima. Puede existir identificación con otros niveles estigmatizados de la sociedad. El sentimiento de ser diferente al mantener el secreto, también aumenta el sentimiento de estigmatización.



Exhibicionismo:

Consiste en la exposición de los propios genitales a una persona extraña. Algunas veces el individuo se masturba durante la exposición (o mientras lo imagina). Cuando el individuo lleva a cabo sus impulsos, no existe generalmente ningún intento de actividad sexual posterior con la persona extraña.

Explotación Sexual Infantil:

Una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil. Existen diferentes modalidades: tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil, prostitución infantil y pornografía infantil.

Estrategias de afrontamiento:

Aplicación de determinados métodos para hacer frente a una situación problemática. Las estrategias forman parte de las capacidades de la víctima y no siempre tienden hacia la solución del problema.

Grooming:

Conjunto de estrategias que una persona adulta desarrolla para ganarse la confianza del menor a través de Internet con el fin último de obtener concesiones de índole sexual.

Identidad Sexual:

Convicción interna de una persona acerca de ser hombre o mujer.

Negación:

Rechazo, no reconocimiento de un estado de cosas objetivo. El yo niega hechos evidentes o situaciones reales. Cierra el paso a la percepción de cosas que no acepta.

Pérdida de confianza:

Con el agresor y que puede generalizarse con el resto de la familia (por no haber podido librarle), e incluso a otras personas.

Pseudomadurez (en las niñas):

En algunos casos el incesto padre-hija se produce con el consentimiento de la madre. El resultado puede ser una pseudomadurez que llevará a la niña a implicarse en las tareas del hogar, cuidado de otros niños, y actuar en muchos sentidos como si fuera la esposa del padre.

Reafirmación:

Afirmar de nuevo, volver a asegurar. Ratificarse en lo declarado o en lo dicho.

Retractación:

Acción de revocar expresamente lo que se ha dicho; desdecirse de ello.

Revelación:

Proceso por el que los abusos sexuales se llegan a descubrir o revelar. Se puede dar de manera intencionada o accidental.

Revictimización:

El proceso de revictimización se origina en el ámbito institucional, cuando para esclarecer o asegurarse de los hechos, se vuelve a hacer pasar a la víctima por situaciones que le son emocionalmente indeseables.

Sentimiento de indefensión:

Consiste en la percepción que tiene el niño de pérdida de control sobre sí mismo y cuanto le sucede. Sensación de desamparo y temor al futuro, provocando actitudes pasivas, poco asertivas, y retraimiento.

Sexualización traumática:

Interferencia del abuso en el desarrollo sexual del niño. Éste utiliza conductas sexuales para obtener beneficios o manipular a los demás. Además, los niños o adolescentes suelen presentar dificultades para establecer relaciones de intimidad.

Trastornos disociativos:

La disociación es un síntoma de estrés agudo, una forma de fragmentación de la consciencia. El proceso de disociación implica una separación total o parcial de aspectos de la experiencia traumática. El proceso puede ir desde niveles de amnesia o anhedonia a separar diferentes partes de la personalidad.

Voyeurismo:

Implica el hecho de observar ocultamente a personas, por lo general desconocidas, cuando están desnudas, desnudándose, o en plena actividad sexual. El acto de mirar se efectúa con el propósito de obtener una excitación sexual y por lo general no se busca ningún tipo de relación sexual con la persona observada.



ANEXO 6**DIRECCIONES DE INTERÉS PARA TRATAMIENTO DE ASI****CENTROS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL****1.SECTOR ZARAGOZA I:** UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL "ACTUR OESTE"

C/ Emilia Pardo Bazán, s/n. Zaragoza.

Teléfono: 976547500

Zonas urbanas:

CS "Actur Norte"

CS "Actur Sur"

CS "Zalfonada"

CS "Arrabal"

CS "Santa Isabel"

CS "Avda. Cataluña"

Zonas rurales:

Bujaraloz

Alfajarín

Villamayor

Zuera

Mequinenza

2. SECTOR ZARAGOZA II: UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL "MUÑOZ FERNÁNDEZ"

Pº Sagasta, 52. Zaragoza.

Teléfono: 976258021

Zonas urbanas:

CS. "Rebolería"

CS "San Pablo"

CS "Torrero-La Paz"

CS "Romareda-Seminario"

CS "Venecia"

CS "Casablanca"

CS "Madre Vedruna-Miraflores"

CS "Fuentes Norte"

CS "Canal Imperial-San José Sur"

CS "Canal Imperial-Venecia"

CS "Sagasta-Ruiseñores"

Zonas rurales:

Azuara

Belchite

Caspe

Maella

Sastago

Fuentes de Ebro

CS "Almozara"
 CS "Fernando El Católico"
 CS "San José Norte"
 CS "Hernán Cortes-P.Roma"
 CS "Torre Ramona"
 CS "Hermanos Ibarra"

3.SECTOR ZARAGOZA III: UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL
 "HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO"

C/ San Juan Bosco, 15. Zaragoza. Teléfono: 976556400

Zonas urbanas:

CS "Bombarda-Monsalud"
 CS "Delicias Norte"
 CS "Delicias Sur"
 CS "Oliver-Miralbueno"
 CS "Valdefierro"

4.SECTOR HUESCA: UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

C/ Joaquín Costa, 16 Bajos. Huesca. Teléfono: 974246448

5.SECTOR TERUEL: UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Ronda de la Liberación, 1. Teruel Teléfono: 978641157

6. SECTOR SANITARIO ALCAÑIZ: GERENCIA SECTOR ALCAÑIZ.

"HOSPITAL ALCAÑIZ"

Dr. Ripollés, 2. Alcañiz Teléfono: 978830100

7. SECTOR SANITARIO BARBASTRO: GERENCIA SECTOR BARBASTRO

Ctra. Nacional, 240 s/n. Barbastro Teléfono: 974313511

8. SECTOR SANITARIO CALATAYUD: GERENCIA SECTOR CALATAYUD

"HOSPITAL ERNEST LLUCH"

Ctra. Sagunto-Burgos. Calatayud Teléfono: 976880964



061 ARAGON. URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS**CAVIAS (CENTRO DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES Y/O AGRESIONES SEXUALES)**

C/ Alfonso I nº 32 5º B. Zaragoza Teléfono: 976200685

Email: asantos@cop.es

Apoyo psicológico y asesoría jurídica

CENTRO MUNICIPAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD "AMPARO POCH"

Añón, 3-5. Zaragoza Teléfonos: 976200850/56, 976397060/61

Email: promocionsalud@zaragoza.es

Recurso para población joven entre 15 y 29 años.

FUNDACIÓN VICKI BERNADET

Teléfono: 933189769 de 9 a 14 h. (D.Luis Díez)

Email: zaragoza@bernadet.org

Recurso para el tratamiento del abuso sexual.

ANEXO 7**BIBLIOGRAFÍA**

- *Adame Vázquez, Miguel.*
¿QUÉ ES EL GROOMING?.
- *Cantón Duarte, José y Cortés Arboleda, M^a Rosario.*
MALOS TRATOS Y ABUSO SEXUAL INFANTIL.
Siglo XXI Editores, 2002.
- *Cantón Duarte, José y Cortés Arboleda, M^a Rosario.*
GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.
Madrid. Editorial Pirámide, 2000.
- Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
GUÍA DE ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO EN LOS ABUSOS SEXUALES Y OTROS
MALTRATOS EN LA INFANCIA (COPC) 2010.

- *Del Campo Sanchez, Amaia y López Sánchez, Felix.*
PREVENCIÓN DE ABUSOS SEXUALES A MENORES.
Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Salamanca. Amarú ediciones, 1997.
- *Echeburúa, E. Y Guerricaechevarría, C.*
ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA: VÍCTIMAS Y AGRESORES. UN ENFOQUE CLÍNICO.
2ª edición. Barcelona. Ariel, 2005.
- *Echeburúa E. y de Corral P.*
SECUELAS EMOCIONALES EN VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA.
Cuadernos de Medicina Forense 2006; 12 (43-44):75-82.
- *Fernández, Luz; Benavent, Sonia; Benavente Beatriz y Homberg, Elizabeth.*
¡GRITA MUY FUERTE! PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO Y EL ABUSO SEXUAL INFANTIL.
Asociación *La Rana*. Editorial Fineo. Palma de Mallorca.
- *Guerra Arabolaza, Olga.*
EXPLORACIÓN DE CASOS DE ABUSOS.
KINE. CENTRO DE TERAPIA FAMILIAR. *Barcelona. 2003.*
- *Horno Goicoechea, Pepa.*
PROPUESTA DE PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR DE ACTUACIÓN EN CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LAS ISLAS BALEARES.
- *Intebi Irene V.*
VALORACIÓN SOSPECHAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL.
Gobierno de Cantabria. Consejería de Empleo y Bienestar Social.
Santander. Dirección General de Políticas Sociales. Marzo, 2008.
- *Intebi I. y Osnajanski N.*
MALTRATO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Detección e Intervención.
INDICADORES DE POSIBLES ABUSOS SEXUALES.
ISPCAM. Familias Nuevo Siglo. 2003.
- *INTECO (Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación)*
GUÍA LEGAL SOBRE CIBERBULLING Y GROOMING.



- *Sanmartín, José.*
VIOLENCIA CONTRA LOS NIÑOS
Barcelona. Ariel. 2ª Ed. 2002.
- Síndic de Greuges de Catalunya
PROTOCOLO MARCO DE ACTUACIONES EN CASOS DE ABUSOS SEXUALES Y OTROS
MALTRATOS GRAVES A MENORES. Septiembre 2006
- *Pascual Herranz Eduardo. Jefe del Grupo de delitos tecnológicos de la Jefatura Superior de Policía de Andalucía Occidental. Varias aportaciones. Septiembre, 2010.*
- VV. AA.
ABUSO SEXUAL INFANTIL.
Manual de Formación para profesionales.
Save the Children. 1ª Edición. Noviembre 2001.
- VV.AA.
LA DETECCIÓN DE LOS CASOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL DESDE LOS SERVICIOS
SOCIALES GENERALES: PRINCIPALES DIFICULTADES Y ALGUNAS SUGERENCIAS
PARA SU SOLUCION.
E.U. Trabajo Social. Universidad Complutense. Madrid.
- VV. AA.
GUIA PARA DETECTAR, NOTIFICAR Y DERIVAR SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL
EN ARAGON DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS.
2ª Edición actualizada, 2007. I.A.S.S./A.D.C.A.R.A.