



Trabajo Fin de Grado

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta
de intervención físico-deportiva

Autora

Lucía Modrego Latorre

Director

José Ángel Pérez Juncosa

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

Junio 2020

Índice

1. Introducción	6
1.1. Planteamiento del problema.....	7
1.2. Justificación del trabajo.....	7
1.3. Objetivos	9
2. Fundamentación teórica.....	9
2.1. Maltrato infantil	11
2.1.1. Revisión histórica del maltrato infantil	11
2.1.2. Concepto de maltrato infantil	11
2.1.3. Tipos de Maltrato Infantil.....	12
2.1.4. Abuso sexual infantil	14
2.2. Prevalencia del maltrato y el abuso sexual infantil.....	16
2.3. Factores de riesgo.....	18
2.3.1. Características individuales del agresor y de la víctima.....	19
2.3.2. Dinámica familiar y relaciones de apego	21
2.3.3. Nivel socioeconómico y factores socioculturales.....	22
2.3.4. Estrés de los adultos	23
2.3.5. Infancia del padre maltratador	23
2.3.6. Adicciones de los progenitores.....	23
2.4. Características del maltratador.....	23
2.5. Consecuencias del maltrato y el abuso sexual infantil.....	24
2.5.1. Enfoque biológico.....	25
2.5.2. Enfoque psicológico	26
2.5.3. Enfoque social	28
2.6. Consecuencias del maltrato infantil indirecto.....	29
2.7. Factores de protección del maltrato y el abuso sexual infantil	29
2.8. Marco legal.....	31
2.8.1. Ámbito internacional	31
2.8.2. Ámbito nacional	32
2.8.3. Ámbito de la comunidad autónoma de Aragón	33
3. Actuaciones y protocolos.....	33
3.1. Ámbito educativo	34

El papel de la escuela ante el maltrato infantil	35
La importancia de una buena relación de proximidad afectiva entre maestro/a y alumno/a	36
La importancia de la observación e identificación del maltrato	36
Indicadores observables desde la escuela	37
Actuación ante una situación de maltrato infantil	38
Proceso de notificación desde el ámbito educativo	40
Prevención desde la escuela	41
4. El papel de la familia	42
5. Recursos para las víctimas, familiares y profesionales.....	43
6. Propuesta de intervención	43
6.1. Introducción	43
6.2. Destinatarios.....	45
6.3. Objetivos	46
6.4. Temporalización.....	46
6.5. Actividades.....	47
6.5.1. Escalada tipo Boulder	47
6.5.2. Escalada deportiva	50
6.5.2. Actividad de lucha “Me pongo en tu lugar”	51
6.6. Evaluación de la propuesta.....	53
7. Conclusiones	54
Referencias bibliográficas.....	55
Anexo 1	63
Anexo 2.....	64
Anexo 3.....	69
Anexo 4.....	71

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

Título: Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

Title: Child maltreatment due to sexual abuse: a proposal for a physical-sportive intervention

- Elaborado por Lucía Modrego Latorre.
- Dirigido por José Ángel Pérez Juncosa
- Presentado para su defensa en la convocatoria de junio del año 2020
- Número de palabras (sin incluir anexos): 17.998

Resumen

El maltrato infantil, sobre todo el abuso sexual en la infancia, es un grave problema de la mayoría de las sociedades en todo el mundo. En España se estima que un 20% de la población menor de edad han sufrido o pueden estar sufriendo abusos sexuales. Este tipo de actos tienen grandes consecuencias negativas en las víctimas a nivel integral. El sistema educativo es un agente fundamental para la prevención, detección y tratamiento del maltrato infantil. Se propone una propuesta físico-deportiva como intervención psicosocial para mejorar el bienestar del alumno.

Palabras clave

Maltrato infantil, abuso sexual, consecuencias, actuación, salud integral, intervención con AFD.

Abstract

Child maltreatment, especially sexual abuse in childhood, is a serious problem in most societies around the world. In Spain, it is estimated that a 20% of the underage population have suffered or may be suffering sexual abuse. This kind of acts have terrible consequences for the victims as individuals. The education system is a fundamental agent for the prevention, detection and treatment of child abuse. It is proposed a physical-sportive proposal as a psychosocial intervention to improve student well-being.

Key words

Child maltreatment, sexual abuse, consequences, action, integral health, intervention with PSA

Abreviaturas

ADCARA: Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón.

AFD: Actividad Físico Deportiva

ASI: Abuso Sexual Infantil

COPPA: Colegio Profesional de Psicólogos de Aragón.

EOEP: Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica.

FVB: Fundación Vicki Bernadet

GRUME: Grupo de Menores. Unidad de la Policía Judicial.

IASS: Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

MI: Maltrato Infantil

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RAE: Real Academia Española.

SAIA: Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia.

1. INTRODUCCIÓN

“La violencia no es un problema social sin solución ni un componente ineludible de la condición humana. Es mucho lo que podemos hacer para arrostrarla y prevenirla”

(OMS, 2002, p.11)

El maltrato infantil (MI), sobre todo el abuso sexual, es una problemática social cada vez más grave en los últimos años, pero esta realidad está oculta. Esto se debe, en primer lugar, al hecho de que es un tema bastante tabú en nuestra sociedad, en segundo lugar, al carácter delictivo inherente de este tema en concreto, puesto que el agresor suele pertenecer al entorno familiar o de confianza de la víctima y ejerce su posición de cercanía para evitar que los actos se revelen (Cedrón, M., 2019), y, en tercer lugar, al hecho de que la mayoría de los casos de MI y abuso sexual infantil (ASI) no se llegan a denunciar nunca.

La falta de denuncias en este ámbito es debida a la delicadeza del tema, las dificultades a las que se enfrentan los diferentes profesionales para detectar estas situaciones, el silencio que guardan las víctimas por sentir vergüenza, humillación, miedo, confusión provocada por la cercanía del agresor, resistencia a realizarse el examen médico pertinente en los casos de abusos sexuales, etc. o simplemente por las dificultades que tienen algunas víctimas para recordar el hecho debido a la gravedad del trauma y la temprana edad en la que tiene lugar. Este hecho dificulta la realización de estudios que reflejen cifras reales.

Es de suma importancia que los profesionales de todos los ámbitos implicados en la atención al menor sepan detectar adecuadamente y conozcan los protocolos a seguir para poder actuar rápidamente de la manera más eficaz posible, puesto que cuanto antes se detecte la situación de maltrato, mejores resultados obtendrá la intervención que se realice.

1.1. Planteamiento del problema

Las cifras tan alarmantes sobre MI y ASI en los últimos años son un claro signo de que algo está fallando en la sociedad y de que las medidas que se han tomado para abordar este problema no han sido suficientes, puesto que las cifras no dejan de aumentar cada año. Esto deja en evidencia la necesidad de reflexionar sobre esta problemática social para diseñar nuevas medidas y herramientas dirigidas tanto a la prevención como al diagnóstico y el tratamiento.

La escuela, como institución, es uno de los mejores ámbitos para prevenir, detectar posibles casos de MI y tratar a las víctimas, puesto que los niños y las niñas pasan, como mínimo, cinco horas diarias en el colegio. Al pasar los menores gran parte del día con su maestro o maestra y con otros docentes, éstos últimos se convierten en una fuente de información muy valiosa, ya que pueden observar posibles señales y signos de alerta en el alumnado, realizar un informe elaborado y coherente sobre los diferentes comportamientos que ha observado en el menor y que le han llevado a sospechar, algo muy útil en los casos en los que haya un juicio, notificar la situación a las instituciones pertinentes y tomar las medidas necesarias.

Por otro lado, los docentes también pueden ayudar a estos niños y niñas a contener todas las posibles consecuencias biopsicosociales que puedan sufrir, dotándoles de las herramientas que necesiten para poder superar el suceso y que las consecuencias sean lo más leves posibles, asegurando su bienestar y un óptimo desarrollo integral en la medida que sea posible.

1.2. Justificación del trabajo

Para poder hacer frente a esta grave problemática social se necesita una mayor sensibilización y concienciación por parte de la sociedad, sobre todo por parte de los profesionales implicados. Estos profesionales deben estar adecuadamente formados poder reconocer los posibles signos de alerta y saber cómo actuar ante ellos y tener los recursos necesarios para servir de guía a la posible víctima y a su familia. Los sectores que, por las características de su profesión, pueden detectar más casos de MI son los docentes, profesionales de la salud y los servicios sociales.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

Mediante el Programa de Prevención y Detección de las Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil, que se realizó entre el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) y la Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón (ADCARA), se pudo conocer algunas de las necesidades que plantean los docentes en relación a la problemática del MI como la dificultad para distinguir e identificar las diferentes situaciones de maltrato y la escasa información y orientación de la que disponen sobre las pautas de actuación cuando se sospecha de un caso (Casi3n, J.M., Pros, A., de Mur, M.J., G3mez Quintero, J.D., Lahoz, J., 2007).

Actualmente, los docentes no cuentan con programas de formaci3n obligatorios que les ense3en a distinguir los signos de alerta m3s sutiles y les informen sobre c3mo actuar ante ellos. Este hecho hace que, a pesar de que la escuela constituye el segundo escenario m3s importante de formaci3n de la persona (la familia constituye el primer agente educativo), es la instituci3n que menos casos de MI notifica al SAIA, como se puede observar m3s adelante en la Tabla 1.

Por otro lado, tampoco se llevan a cabo en las escuelas programas de intervenci3n dirigidos a prevenir, detectar y, sobre todo, tratar a las v3ctimas de MI. Por ello, en este trabajo se dise3a una propuesta de intervenci3n dirigida espec3ficamente a los menores, y en especial a los que hayan sido v3ctimas de este tipo de hechos, para que, desde la escuela, se le brinden todas las ayudas y herramientas necesarias para superar el trauma, aumentar su bienestar y alcanzar un adecuado desarrollo integral.

Con este trabajo se pretende abordar dos cuestiones:

1. Conocer el alcance real de esta problem3tica. La poblaci3n espa3ola no considera el MI o el ASI como un problema de la sociedad, seg3n los resultados obtenidos en las encuestas realizadas por el CIS, en enero del 2020, para determinar los problemas que preocupan a la sociedad espa3ola, ya que ninguno aparece en dichos resultados - Anexo 1 -. Con la realizaci3n de este trabajo se pretende mostrar que el alcance real de esta problem3tica social es mucho mayor de lo que estima la opini3n p3blica en general.
2. La prevenci3n, detecci3n, notificaci3n e intervenci3n desde el 3mbito educativo. Orientar al docente sobre la ayuda psicosocial que puede brindar el

centro educativo a una víctima de MI, el tipo de intervención o adaptación que necesita o cómo identificar posibles víctimas, en aquellos casos en los que la guía no sea suficiente. Este hecho hace que sea necesario diseñar una propuesta de intervención que pueda ayudar, de manera discreta, a las víctimas de esas situaciones en el aula y ayude al docente a identificar otras posibles víctimas.

1.3. Objetivos

- Conceptualizar el concepto de maltrato y abuso sexual infantil.
- Valorar la gravedad de esta problemática observando su prevalencia en España.
- Identificar factores de riesgo, de protección y los efectos en la víctima a corto y largo plazo.
- Conocer los diferentes protocolos de actuación según el ámbito educativo.
- Prevenir y diagnosticar posibles nuevos casos de maltrato o abuso sexual infantil.
- Diseñar una propuesta educativa genérica dirigida al alumnado que haya o no podido sufrir maltrato o abuso sexual infantil.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En pleno siglo XXI, la violencia sigue siendo un problema a la orden del día y se da en todos los entornos, clases, situaciones, lugares y de muchas formas diferentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Organización Mundial de la Salud, 2002, p.3).

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

Se pueden distinguir distintas formas de violencia según sea el tipo de acción, el agresor o la víctima a la que vaya dirigida, el daño causado o el contexto en el que ocurre.

1. Según el tipo de acción, la violencia puede ser: acción violenta o violencia por negligencia (Sanmartín, J. et al., 2011).
2. Según sea el agresor o la víctima a la que vaya dirigida, la OMS (2002) clasifica la violencia en tres tipos: violencia interpersonal, suicidio o violencia autoinfligida y violencia colectiva.
3. Según el tipo de daño causado, se clasifica la violencia en cuatro tipos: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual y violencia económica (Fernández Alonso, M. C. et al., 2003).
4. Según el contexto en el que se produzca, la violencia puede ser: violencia por poder (guerras, conflictos armados, etc.), violencia originada por diferencias ideológicas (violencia racista, atentados terroristas, actos que atentan contra la diversidad sexual, etc.), violencia intrafamiliar (violencia de género, violencia conyugal, maltrato infantil, etc.), acoso escolar o bullying (violencia en las escuelas) y acoso laboral o mobbing (violencia en el trabajo) (Sanmartín, J. et al., 2011).

Hay dos contextos que llaman la atención especialmente porque deberían estar libres de actos violentos: el entorno familiar y el entorno escolar. En estos entornos no cabe esperar otra cosa que no sea amor, cariño, seguridad, protección y apoyo, por lo que cuando la violencia aparece en estos escenarios sus efectos son mucho más devastadores. Para un niño o una niña su casa debería de ser su refugio, su lugar a salvo en el mundo, y la escuela un lugar donde querer aprender y explorar sintiéndose aceptado/a, apoyado/a y seguro/a.

Cuando la violencia es cometida por un miembro de la familia y tiene lugar dentro del hogar, el estrés emocional que sufre la víctima es mucho mayor que si la violencia la hubiese recibido en otro escenario diferente y hubiese sido infligida por otra persona fuera de su entorno de confianza, puesto que el hogar debe ser un refugio que aporte seguridad y protección a cada miembro de la unidad de convivencia.

Por otro lado, la familia y la escuela son los dos escenarios principales donde se produce el desarrollo de la socialización durante la infancia, por lo que, si estos entornos resultan dañinos para el menor, el desarrollo de dicha área se verá afectado y el menor tendrá dificultades para adquirir las habilidades sociales, como consecuencia de la desconfianza hacia los demás que ha generado en esos entornos dañinos.

2.1. Maltrato infantil

2.1.1. Revisión histórica del maltrato infantil

El concepto de MI ha ido evolucionando a lo largo de los últimos años. En un principio, este concepto solo hacía referencia a los actos que conllevaran violencia física, además tenía que ir sujeto a unos criterios médicos-clínicos recogidos en los partes de lesiones, realizados por los profesionales de la sanidad en el momento en el que se atienden estos casos en los servicios sanitarios (Sanmartín, J. et al., 2011).

Los estudios e investigaciones sociales que se han ido llevando a cabo en los últimos años, han ido definiendo el concepto de MI hacia una concepción basada en las necesidades y derechos de la infancia (Solís de Ovando, R., 2003).

2.1.2. Concepto de maltrato infantil

Actualmente el concepto de MI hace referencia a todo lo que no es un buen trato hacia el menor. Butchart, A. (2009), en su estudio sobre la prevención del maltrato infantil, define este concepto como:

Cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado, o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Butchart, A. et. al., 2009, p.9).

En el caso en que el menor sufra MI, la figura de apego queda anulada y la situación emocional de refugio también, ya que el menor está a tiempo completo a merced del maltratador. El menor sufre por experimentar el maltrato en primera persona, pero también sufre por ver el maltrato de su padre hacia su madre u otro tipo de violencia

doméstica. Esta situación provoca que el menor acabe desarrollando un apego inseguro (Martínez Martín, N. y Ruano, S., 2013).

Según la definición que describe Bowlby, J. (1979), el apego es un vínculo afectivo que se establece entre el niño y la madre o el cuidador principal, dotando al menor de sentimientos de afecto, seguridad y protección para asegurar su supervivencia. Este vínculo afectará a todas las relaciones personales que tenga el menor durante toda su vida, influyendo positiva o negativamente en ellas dependiendo del tipo de apego que haya establecido con su cuidador principal.

Otros autores han propuesto otras definiciones más concretas para el concepto de apego como, por ejemplo, la que propone Cantero, M. J. (2007): “vínculo o lazo afectivo que se establece entre dos personas como resultado de la interacción y que les lleva a mantener proximidad y contacto en el logro de seguridad, consuelo y protección”.

2.1.3. Tipos de Maltrato Infantil

Según Faraone, A. (2000), se puede clasificar el MI en cuatro categorías:

1. *Maltrato físico*. Es cualquier acción propinada por un adulto, mediante su propio cuerpo u objetos, que tenga intención de causar lesiones físicas o enfermedades a un menor: puñetazos, abofetear, quemar, golpear con objetos, etc.

En esta tipología de maltrato también se incluye el “Síndrome de Münchausen por poderes”, el cual consiste en que los tutores del menor aseguren que éste padece una enfermedad o que ellos la provoquen, sometiendo al menor a exploraciones médicas, ingestas de medicamentos o ingresos hospitalarios (González, A., 2005).

2. *Maltrato psicológico o emocional*: cualquier acto u omisión de acción que tenga intención de provocar un daño emocional, cognitivo o comportamental en el menor, incluidas las agresiones verbales de carácter vejatorio o amenazante, como rechazar, amenazar, ignorar, aterrorizar, aislar, humillar, privar de

sentimientos de afecto y de seguridad, ser testigo de actos violentos entre los padres, etc.

Casi3n J. M. et al. (2007) tambi3n consideran maltrato psicol3gico privar al menor de experiencias sociales consideradas como normales, la inducci3n a la delincuencia o que los adultos cuidadores lleven a cabo un inadecuado modo de vida, como son las acciones antisociales, delictivas o autodestructivas.

3. *Maltrato por negligencia*: falta de acciones de los cuidadores que priven de atenci3n a los menores, no les proporcionen protecci3n, no les permitan un adecuado desarrollo personal y no cubran las necesidades b3sicas del menor, incluyendo la higiene, la ropa adecuada al clima, asistencia y cuidados sanitarios, etc.

Existen dos tipos de negligencia: negligencia f3sica, la cual se identifica con la no atenci3n de las necesidades b3sicas del menor, y la negligencia emocional, que consiste en la falta continuada de respuesta ante las se1ales, expresiones emocionales, las conductas que buscan la proximidad e interacci3n ejercidas por el menor y la falta de iniciativa de interacci3n y contacto por parte del cuidador (Casi3n, J. M. et al., 2007).

4. *Abuso sexual infantil*. Hace referencia a todo tipo de violencia sexual ejercida hacia un menor, toda acci3n que involucre o permita involucrar a un menor en cualquier tipo de actividad sexual. Barudy (1998) considera este tipo de maltrato como una “tentativa de asesinato moral” debido a las graves consecuencias f3sicas y psicol3gicas que sufren los menores.

Casi3n, J. M. et al. (2007) identifica, adem3s de los anteriores, otros tipos de MI:

- *Incapacidad parental de control de la conducta infantil/adolescente*: controlar y gestionar de forma inadecuada o da1ina los comportamientos del menor por parte de sus padres o tutores, llegando a provocar la desprotecci3n del menor.
- *Abandono*: ausencia f3sica y desentendimiento total de la compa1a y cuidado del menor por parte de sus padres o tutores. Otros autores como Sanmart3n, J.

(2008) consideran que este tipo de comportamiento está incluido en el concepto de maltrato por negligencia.

- *Renuncia*: falta de reconocimiento de la paternidad o maternidad por parte del progenitor y la negativa a tener cualquier derecho y obligación legal sobre el menor.
- *Maltrato prenatal*: toda falta de preocupación por el cuidado del cuerpo de la futura madre durante el embarazo, por acción u omisión, incluyendo el autoabastecimiento de drogas u otras sustancias que, consciente o inconscientemente, perjudiquen al feto.
- *Explotación laboral y mendicidad*: obligación continua del menor, por parte de los adultos cuidadores, a realizar trabajos (domésticos o no) que sobrepasan los límites habituales, deberían realizar los adultos, interfieren en las necesidades y actividades sociales y/o escolares del menor y persiguen la obtención de un beneficio económico o similar para los padres/tutores o la estructura familiar.

A pesar de esta clasificación, no se puede asignar una sola categoría de MI a la víctima. Esto se debe a que todo tipo de maltrato supone negligencia por parte de sus cuidadores principales y conlleva un daño psicológico para el menor.

2.1.4. Abuso sexual infantil

El NCCAN - National Center of Child Abuse and Neglect - (1978) define el concepto de ASI como:

Contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuándo esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro (refundido de De Manuel, C., 2017).

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

Según Díaz Huertas, J. A. et al. (2006), están reconocidas en la legislación distintas formas de ASI que se pueden clasificar en dos tipos:

1. *Con contacto físico*: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual, etc.
2. *Sin contacto físico*: solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización del acto sexual o masturbación en presencia de un niño, promover la prostitución infantil, la pornografía y la corrupción de menores, etc.

Según Aznar, J., existe un mecanismo de control, denominado “muro de la vergüenza”, que utiliza el agresor, aprovechándose de su situación de cercanía o confianza, para que la víctima se sienta insegura, aislada y con miedo, de esa manera consigue silenciarla. Para romper ese mecanismo es necesario que la víctima se encuentre en un entorno de seguridad (Aznar, J. en Cedrón, M., 2019).

Barudy, J. (1998) distingue dos periodos por los que pasa la víctima de ASI desde que se producen hasta que se revelan los hechos:

1. *Primer periodo*. Consta de tres fases: seducción, interacción sexual abusiva y secreto, esta última se lleva a cabo mediante amenazas, la culpabilización de la víctima, el chantaje y la manipulación psicológica. En algunos casos la fase de seducción no está presente, puesto que el agresor impone sus deseos con lo que Perrone, R. (1997) denomina “violencia castigo” (refundido de Martínez Martín, N. y Ruano, S., 2013).
2. *Segundo periodo*. Dividido en dos fases: divulgación, cuando la víctima revela los hechos abusivos, y la fase de represión del discurso de la víctima. Esta última fase suele estar presente en los casos de abusos sexuales intrafamiliares, cuando el miembro de la familia a la que se le revelan los hechos intenta suavizar el asunto e incluso neutralizar el discurso de la víctima para intentar mantener la armonía del sistema familiar.

2.2. Prevalencia del maltrato y el abuso sexual infantil

En 1994, el Ministro de Asuntos Sociales, el Dr. Don Félix López, realizó un estudio, junto a otros países de la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá, para determinar el porcentaje de víctimas de ASI. Para realizar este estudio en España, se utilizó una muestra de 1.821 personas, de entre 18 y 60 años, pertenecientes a las diferentes comunidades autónomas. Los resultados obtenidos determinaron que un 22,5% de las mujeres y un 15,2% de los varones habían sufrido abusos sexuales antes de los 17 años. Pero lo más alarmante es que estimaron que el 60% de las víctimas no recibirían ningún tipo de ayuda (López, F. 1994).

Otro estudio realizado por Pereda, N. y Forns, M. (2007), con una muestra de 1.033 alumnos y alumnas, señala una tasa de prevalencia del ASI en población universitaria de un 17'9% (del cual el 14'9% de las víctimas sufrieron los abusos antes de los 13 años y el 3% restante declaraba haberlo sufrido entre los 13 y los 18 años). Haciendo una distinción por sexos, el estudio concluye que la prevalencia del ASI es de un 15'5 % en el caso de los varones y un 19% en las mujeres.

El Consejo de Europa, el 29 de noviembre de 2010 en Roma (Italia), inició la Campaña contra la violencia sexual sobre niños, niñas y adolescentes con los objetivos de promover el Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños contra la Explotación y el Abuso Sexual, proporcionar herramientas y conocimientos para prevenir la violencia sexual contra los menores de edad e involucrar en la prevención todos los sectores, ámbitos y agentes relacionados directa o indirectamente con la atención a menores. En Aragón, esta campaña está siendo coordinada por la Federación Aragonesa para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). A través de esta campaña, el Consejo de Europa determinó que uno de cada cinco menores en España sufre abusos sexuales (Cedrón, M., 2019).

La Fundación Vicki Bernadet (FVB), Save the Children España, Cáritas, Oxfam Intermón y otras organizaciones, denuncian que en los últimos años está aumentando, de una manera muy alarmante, el número de víctimas de ASI. Por poner un ejemplo, la Guardia Civil, Policía Local y Policía Nacional registraron 108 casos de ASI solo en la comunidad autónoma de Galicia durante el año 2017, mientras que en el año 2018 esa cifra aumentó hasta llegar a 152 casos (Cedrón, M., 2019).

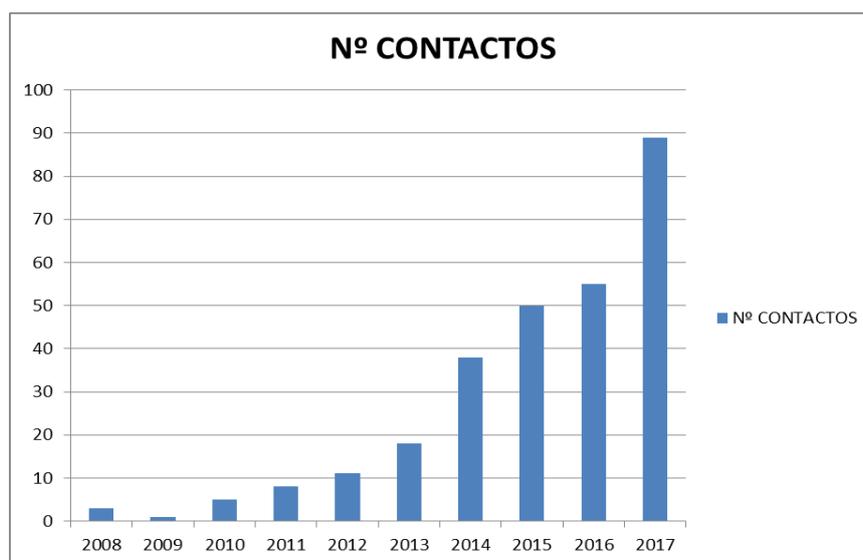
Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

En el informe “Más me duele a mí. El maltrato que se ejerce en casa”, publicado por Save the Children en 2018, señala que más del 25% de los menores en España han sido víctimas de maltrato por parte de sus padres, madres o cuidadores principales, y que menos del 10% de los casos se denuncian (Del Moral, C., 2018).

Maite Iranzo, vocal del Colegio Profesional de Psicólogos de Aragón (COPPA), señala que las cifras internacionales varían según el sexo de la víctima, siendo el 10% las víctimas menores masculinas y el 20% en el caso de las víctimas femeninas (Infocop, 2019).

A modo de ejemplo del incremento de casos de ASI en los últimos años, el Gráfico 1 muestra la evolución del número de víctimas de ASI que han contactado con la FVB desde el año 2008 hasta el año 2017 en Aragón.

Gráfico 1. Número de contactos



Fuente: *Fundación Vicki Bernadet, Anexo 2 (2018)*

En 2018, a día 10 de diciembre, la FVB recibió 137 casos nuevos, de los cuales 121 eran mujeres. Del total, el 48% son adultos que han sufrido abusos sexuales en la infancia y el 52% son menores (entrev. a González, M., 2018 – Anexo 2 -).

En Aragón, El Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia (SAIA) elabora anualmente un Informe Cuantitativo sobre Niños, Niñas y Adolescentes en donde se recogen todos los casos atendidos por dicho servicio durante el año anterior. En el informe elaborado en 2020 se señala que, durante el año 2019, se notificaron 299 casos

de MI en Aragón y se declaró 814 menores en situación de riesgo. En tabla 1, recuperada de dicho informe, se desglosa el número de casos de MI en base a las entidades que los han notificado, la tipología de maltrato y el nivel de gravedad.

Tabla 1. Casos de maltrato infantil en Aragón (2019)

	Totales	Zgz	Hu	Te
Entidades notificantes				
Cuerpos y Fuerzas de Seguridad	35	27	7	1
Instituciones educativas	3	1	2	-
Instituciones sanitarias	9	9	-	-
Servicios Sociales	224	202	19	3
Otros	28	17	5	6
Tipología (coinciden varios en una sola notificación)				
Abuso sexual	10	8	1	1
Emocional	204	191	10	2
Físico	86	81	3	2
Negligencia	272	238	25	9
Nivel de gravedad				
Leve/moderado	101	90	11	-
Grave	198	166	22	10

Fuente: Informe Cuantitativo sobre Niños, Niñas y Adolescentes (2020).

El hecho de que solo se hayan notificado en Aragón 10 casos de ASI refleja que muchos de los casos no se detectan y las familias no los denuncian, puesto que las cifras que se recogen en el informe son mucho menores a las que registran los estudios y estimaciones anteriormente citados.

2.3. Factores de riesgo.

La aparición del MI y el ASI está influenciada por características o variables que pueden hacer que el sujeto se encuentre en una situación de vulnerabilidad ante conductas o actitudes violentas. Estas características o variables se denominan factores

de riesgo y pueden ser de carácter individual, familiar, social o cultural (Sanmartín, J. et al., 2011).

2.3.1. Características individuales del agresor y de la víctima

Agresor

Los factores de riesgo que suelen influir más son los antecedentes de MI en la familia de origen de alguno de los padres, la existencia de violencia de género o violencia doméstica y la desestructuración familiar (Casi3n, J. M. et al., 2007).

Según Sanmartín, J. et al. (2011) y Casi3n, J. M. et al. (2007), este tipo de factores de riesgo relacionados con el agresor pueden ser:

1. *Biológicos*: hiperactividad fisiológica ante los estímulos del menor, incapacidad física o intelectual que dificulte el cuidado del menor o padres adolescentes sin apoyos.
2. *Psicológicos*, en los que están incluidos los factores emocionales, cognitivos y conductuales.
 - a. *Factores emocionales*: nula o baja inteligencia emocional, que se evidencia con la ausencia de empatía, problemas de autoestima, soportar niveles altos de estrés, falta de apoyos en el entorno cercano, sentimientos de soledad, sentimientos de angustia y la falta de control emocional, que desencadena ansiedad, ira, depresión u hostilidad.
 - b. *Factores cognitivos*: construcción de expectativas poco realistas e inapropiadas respecto del menor, sobre todo en los temas relacionados con asuntos académicos o logros evolutivos, distorsiones cognitivas del agresor que no les permitan tener una percepción objetiva de la realidad, falta de conocimiento sobre las necesidades del menor durante su crecimiento y desarrollo o realizar una mala interpretación de la información que obtiene del contexto social respecto al menor, lo que dificulta la capacidad de empatizar con él.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

- c. *Factores conductuales*: comportamiento impulsivo, dificultad para gestionar las emociones negativas, falta o dificultad de comunicación e interacción con el menor, mostrar actitudes de discriminación sexual, historia de conducta violenta, antisocial o delictiva por parte del cuidador principal, uso de técnicas inadecuadas de disciplina y acatar un estilo educativo autoritario, permisivo o negligente/indiferente.

El concepto de estilo educativo hace referencia al “conjunto y modalidad de prácticas de los padres que repercuten en el desarrollo y bienestar del hijo” (Bernal, A., et al., 2012, p.89). Según la clasificación que realizan los autores Maccoby, E. E. y Martín, J. A., (1983), se distinguen cuatro estilos educativos, partiendo de las dimensiones de amor/comunicación y control/exigencia, descritos en la Tabla 2.

Tabla 2: Estilos Educativos y su relación con el maltrato

ESTILO EDUCATIVO	TIPO DE CRIANZA	TIPO DE MALTRATO RELACIONADO
Democrático/ Autoritativo	Adecuada y equilibrada combinación de la libertad e independencia de los menores y la obediencia hacia sus padres. Reglas y límites acordados con los hijos, evita la imposición, clima familiar de amor y comunicación, estimulación para superar y alcanzar metas, exigencias realistas.	No da pie a ningún tipo de maltrato. Permite un óptimo desarrollo integral y el bienestar del menor
Autoritario	Autoridad de los padres y obediencia de los hijos, imposición de reglas, alto nivel de exigencia, expectativas no realistas, uso recurrente del castigo o amenaza, poco interés por las necesidades e intereses de sus hijos.	Maltrato físico, psicológico, económico y abuso sexual.
Permisivo	Plena independencia y libertad de los hijos, sin exigencias, reglas o límites, buena comunicación y altos niveles de afectividad, ningún control sobre el menor, los actos no tienen consecuencias. Provoca dificultades para distinguir lo que está bien o mal, falta de seguridad y protección, bajo nivel de motivación para superarse y alcanzar metas.	Maltrato por negligencia.
Negligente/ Indiferente	Baja o nula implicación en las responsabilidades parentales, padres poco comunicativos, fríos y distantes, sin exigencias ni control o control excesivo sin motivo (en el caso de la sobreprotección), indiferencia ante las acciones del menor.	Maltrato psicológico y maltrato por negligencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de Maccoby, E. E. y Martín, J. A., (1983) y Serrano, Á. et al. (2005).

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

Los estilos educativos más frecuentes en las familias donde se produce el maltrato infantil son el estilo autoritario y el estilo negligente (Sanmartín, J. et al., 2011).

Víctima

Los menores que presentan un mayor riesgo de padecer maltrato son aquellos que tienen problemas de conducta, como la hiperactividad, lloro incontenible, sueño irregular y dificultad para acatar órdenes, que padecen algún trastorno psicológico que dificulta su procesamiento cognitivo y su percepción e interpretación de las señales sociales provenientes de su entorno, como los trastornos del espectro autista, que presentan algún problema de salud o discapacidad, ya sea física, intelectual o sensorial y los que muestran excesiva dependencia hacia los adultos o aislamiento emocional (Casió, J. M. et al., 2007).

En el caso de los menores que presentan alguna discapacidad, los padres o cuidadores principales tienen que saber gestionar bien el duelo por la pérdida del hijo deseado y lidiar constantemente con la idea de que su hijo o hija no alcanzará, en algunos ámbitos, las expectativas previas que los padres tenían antes de conocer los problemas de salud de su hijo o hija. La capacidad que tengan los progenitores de enfrentarse a las adversidades y afrontar esa difícil situación, a la par de la capacidad de saber valorar positivamente otras cosas que obtendrán de dicha situación, como por ejemplo la capacidad de superación de su hijo e hija, la capacidad de amor incondicional, etc., son las que determinarán el grado de vulnerabilidad del menor ante el MI.

2.3.2. Dinámica familiar y relaciones de apego

Martínez Martín, N. y Ruano, S. (2013) expresan que las familias en las que tienen lugar situaciones de MI suelen ser familias disfuncionales, con periodos de crisis prolongados y con importantes problemas de comunicación entre los miembros de los diferentes subsistemas del sistema familiar. Suelen ser familias poco cohesionadas y las víctimas suelen sentir miedo al abandono y tener una gran dependencia, lo que impide una adecuada regulación emocional familiar.

Los conflictos que tienen lugar dentro de la pareja y la falta de control impiden a los padres ejercer una apropiada función parental. Cuando en una pareja existe una gran distancia emocional, los miembros no son capaces de llevar a cabo, de manera adecuada y eficaz, su función de supervisión, el establecimiento y aplicación de normas y límites, y hay una falta de definición en los roles o inversión de parentalización. Esta inadecuada parentalización es lo que permite el mantenimiento del secreto del abuso sexual por encima de la protección, permitiendo la estabilidad del sistema y evitando la aparición de una nueva crisis familiar (Ibídem, 2013).

Estas disfunciones familiares producen un apego inseguro en los hijos y el establecimiento de una mala comunicación con la información distorsionada, puesto que la resolución del conflicto familiar está basada en la negación, la evitación y el enfrentamiento. A pesar de intuir que hay un problema entre dos miembros de la familia o entre un miembro de la familia y una persona de su entorno de confianza, los demás miembros de dicha familia no quieren preguntar por miedo a la respuesta, a no saber cómo afrontar el problema y no querer aceptar la realidad por parecerles demasiado horrible (Ibídem, 2013).

2.3.3. Nivel socioeconómico y factores socioculturales

El contexto social en el que se encuentra la familia tiene una gran influencia en la prevalencia del MI. Los factores sociales de los padres que tienen una correlación positiva con la existencia del MI son: la falta de una red social que sirva de apoyo a la familia, la inestabilidad laboral o situación de desempleo, un bajo nivel educativo, vivienda precaria con una inexistencia de las condiciones básicas de habitabilidad del hogar, problemas de convivencia en la pareja, aislamiento social, aceptación cultural del uso de la violencia como forma de educación, un bajo nivel socioeconómico con poco poder adquisitivo y la falta de respuesta y motivación ante la intervención de los Servicios de Protección Infantil (Sanmartín, J. et al., 2011).

2.3.4. Estrés de los adultos

El hecho de que los padres o tutores estén sometidos a una situación de estrés permanente, provocada por soportar un alto nivel de tensión laboral u otra situación, puede repercutir en una disminución de las capacidades parentales de los adultos poniendo a los menores en una situación de riesgo, por lo que el estrés en sí está considerado un factor de riesgo (Casi3n, J. M. et al., 2007).

2.3.5. Infancia del padre maltratador

Es frecuente el debate entre los investigadores sobre la transmisi3n de la violencia dom3stica entre las distintas generaciones dentro de una familia. Investigaciones realizadas por distintos autores como Powell, J. et. al. (1995) u Oliver, E. (1993), concluyeron que alrededor de un 30% de los menores que han sufrido MI por parte de sus progenitores reproducen esas situaciones de violencia en su etapa adulta, convirti3ndose ellos mismos en los agresores (refundido de Sanmart3n J. et al., 2011). Aunque el hecho de haber sufrido maltrato durante la infancia no es un factor determinante, estos datos demuestran que se puede considerar un factor de riesgo (Sanmart3n, J. et al., 2011).

2.3.6. Adicciones de los progenitores

Existe una relaci3n de reciprocidad entre el consumo de sustancias t3xicas, como pueden ser las sustancias estupefacientes, los f3rmacos antidepresivos o el alcohol, y el maltrato infantil (Casi3n, J. M. et al., 2007).

2.4. Caracter3sticas del maltratador

Mart3nez Mart3n, N. y Ruano, S. (2013) expresan que los menores, que crecen en un entorno familiar donde se produce violencia de g3nero, pueden llegar a repetir los patrones que ven en su casa convirti3ndose en maltratadores, como demuestran a partir

de un caso de ASI ejercido por un menor adolescente hacia su hermana pequeña. Los menores observan a la madre en una situación de desprotección ante su padre y construyen la concepción de la figura femenina respecto a la imagen que proyecta la madre, una imagen de fragilidad y debilidad, y la concepción de la figura masculina respecto a la imagen de superioridad y autoridad que proyecta el padre. Estas dos autoras defienden la idea de que la violencia de género puede influir en que los menores acaben menospreciando la figura femenina.

En el caso de los ASI, los agresores suelen ser personas adultas conocidas por el niño, la niña o el adolescente, pero en ocasiones también pueden ser otros menores de edad los autores de la agresión (Cedrón, M., 2019).

Aragonés, R. M. (1998) enumera algunas de las características que suelen presentar los agresores sexuales adolescentes. Estas características son: dificultad para el autocontrol e impulsividad, baja autoestima, autoconcepto negativo, intolerancia ante la frustración, no soportar bien la gratificación aplazada, concepto del género femenino infravalorado, falta de afecto en su entorno familiar, agresividad física o verbal en sus procesos de socialización, carencia de límites y normas, déficit en el desarrollo de la moralidad propia de un adolescente, irresponsabilidad en sus acciones y las consecuencias de éstas, negación, ansiedad y carencia de culpabilidad en los procesos judiciales, presentar problemas de aprendizaje, un índice alto de fracaso escolar y presencia de problemas psicológicos, en el 40% de los casos (refundido de Martínez Martín, N. y Ruano, S., 2013).

En muchos casos, las denuncias sobre ASI se producen cuando la víctima alcanza la mayoría de edad debido, especialmente, a que el agresor suele ser una persona de su entorno de confianza y al hecho de que sufren los abusos desde edades muy tempranas y durante varios años. Estos hechos hacen que la víctima no sea consciente de la gravedad de los hechos que está viviendo hasta edades más adultas (Cedrón, M., 2019).

2.5. Consecuencias del maltrato y el abuso sexual infantil

El maltrato y el ASI tiene efectos en la víctima a nivel físico, psicológico y social, por lo que afecta a la salud integral del menor. El concepto de salud, según la

Organización Mundial de la Salud (1948), hace referencia a “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Aunque hay casos de una enorme violencia física que pueden tener graves consecuencias permanentes, son las consecuencias psicológicas y sociales las que más peso tienen en la víctima y las que realmente le pueden impedir tener una vida lo más normal posible. La importancia de las consecuencias está determinada por factores como el tipo de maltrato, su gravedad y frecuencia, la edad del menor, las características que puedan poner en una situación de vulnerabilidad al menor (enfermedades crónicas, discapacidad u otras patologías, además de otros trastornos como problemas de conducta, etc.), el temperamento del menor, la existencia de figuras de apoyo, la resiliencia del menor, etc. (Sanmartín, J. et al., 2011).

Aunque la capacidad de resiliencia del menor puede aminorar los efectos negativos del maltrato evitando que produzcan problemas muy importantes en su desarrollo, la mayoría de las situaciones de maltrato afectan mucho al niño, influyendo negativamente en su desarrollo emocional, social y cognitivo (Ibídem, 2011).

En los casos de ASI, las consecuencias que sufre la víctima varían mucho en función del vínculo previo entre la víctima y el agresor. Cuando el agresor es una persona externa al entorno familiar, el menor puede posicionarse en su rol de víctima con mayor facilidad. En cambio, cuando el agresor es un miembro de su propia familia, el menor tiene dificultad de vivir la experiencia de la agresión como una víctima porque los sentimientos de vergüenza y culpabilidad son mayores. Además, en este último caso el daño emocional que sufre la víctima es más grave al haber experimentado dicha agresión por una persona de su entorno de confianza, tal y como señala Barudy, J. (1998).

2.5.1. Enfoque biológico

El estrés crónico y los diversos golpes a los que están sometidos los niños maltratados pueden originar anomalías cerebrales que deriven en problemas emocionales, cognitivos y conductuales, ocasionando lesiones permanentes en la

estructura neuronal y la función cerebral, puesto que este órgano todavía está en pleno desarrollo (Sanmartín, J. et al., 2011).

Las investigaciones realizadas por Anda, R. F. junto a otros autores (2006) concluyeron que los episodios de estrés, que tienen lugar durante los periodos críticos del desarrollo del cerebro infantil, pueden dañar permanentemente los sistemas de neuroregulación y provocar consecuencias neuroconductuales. Las consecuencias neuroanatómicas y neurofisiológicas a las que se refiere son: modificaciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (sistema de respuesta al estrés crítico del cuerpo), disminución del volumen general del hipocampo, cuerpo caloso y córtex prefrontal, variaciones en la simetría cortical del lóbulo frontal, del giro superior temporal y del flujo sanguíneo en el vermis cerebelar, y pérdida de la densidad neuronal del cíngulo anterior (Teicher, M. H., 2006).

Por otro lado, estas consecuencias también pueden derivar en deficiencias en las capacidades cognitivas y en el desarrollo del lenguaje llegando a provocar algunos trastornos de la comunicación y el lenguaje, además de aumentar la vulnerabilidad ante el estrés y dificultar la adquisición de la capacidad de resolución de conflictos (Henry, J., et. al., 2007). Además de ello, los niños que han sufrido abuso sexual a menudo presentan problemas de enuresis, según Ezpeleta, J. (2005).

2.5.2. Enfoque psicológico

Las situaciones de MI influyen negativamente en la formación de los vínculos de apego del menor con sus cuidadores principales y éstos acaban teniendo un apego inseguro que afecta al desarrollo social y emocional del niño, interfiriendo en la capacidad de regular sus emociones y de establecer relaciones interpersonales en su contexto social (Sanmartín, J. et al., 2011).

En este caso, los efectos de las experiencias de maltrato producen respuestas diferentes según el género del menor. Las niñas que han sufrido maltrato suelen mostrar más signos de malestar interno como vergüenza y culpa, mientras que los niños suelen mostrar comportamientos de mayor agresividad física y verbal (Mash, E. J. y Wolf, D. A., 2005).

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

Por otra parte, los menores maltratados suelen tener una autoestima baja y un autoconcepto negativo, además de construir una cosmovisión bastante negativa (Sanmartín, J. et al., 2011). En los casos de maltrato psicológico, las víctimas pueden presentar problemas de rendimiento académico, especialmente a escala intelectual y lingüística, además de tener dificultades para relacionarse con sus compañeros y tender hacia el aislamiento social (Ezpeleta, J., 2005).

La incapacidad que van adquiriendo las víctimas de MI para identificar, comprender y regular las emociones puede provocar la aparición de problemas emocionales relacionados con la internalización, como la depresión o los miedos, y problemas de conducta relacionados con la externalización, como la hostilidad o conductas violentas (Sanmartín, J. et al., 2011).

En muchos casos, los episodios de ASI tienen como consecuencia la aparición de psicopatologías en la edad adolescente o en la adulta. Un ejemplo es el caso clínico descrito por Martínez Martín, N. y Ruano, S. (2013) en su artículo “Lo que el síntoma esconde: un caso de abuso sexual”, en el que una paciente acude a un centro sanitario para tratar una bulimia nerviosa y, durante el transcurso del tratamiento, se descubre que dicha psicopatología es la externalización de un grave abuso sexual intrafamiliar que se había convertido en un secreto impuesto y no se había resuelto.

En la mayoría de los casos, sacar a la luz el secreto puede tener un efecto beneficioso y ayudar a reajustar y reequilibrar el sistema familiar, pero si no se controla adecuadamente puede reforzar el patrón negativo o generar nuevos daños (Malacrea, M., 2011).

Para poder explicar dicha externalización es necesario tener en cuenta el contexto social en el que se desenvuelve el individuo e investigar qué pretende comunicar el paciente por medio de ese síntoma, observando los efectos que esa conducta tiene sobre los demás, las reacciones de los demás ante ella y el contexto en el que tiene lugar, de esta manera se obtiene información de todo el sistema (Watzlawick, P., 2008; refundido de Martínez Martín, N. y Ruano, S., 2013).

2.5.3. *Enfoque social*

Los malos tratos también son determinantes en relación a las habilidades sociales que desarrolla el menor que los sufre. Estos menores suelen mostrar dificultades a la hora de reconocer o reaccionar ante las muestras de malestar de los demás o interpretar de manera incorrecta sus conductas, sobre todo en el caso de las víctimas de maltrato físico y de negligencia, por ejemplo, pueden considerar las conductas de los demás más hostiles de lo que realmente son. Estas distorsiones cognitivas que sufren los niños víctimas de maltrato se deben a las continuas contradicciones emocionales y a las conductas tan extremas a las que están sometidos en su día a día, lo que supone que dichos menores no puedan desarrollar adecuadamente su inteligencia emocional y tengan serios problemas a la hora de comprender y regular sus propias emociones y sus estados internos (Sanmartín, J. et al., 2011).

Conforme va pasando el tiempo, las víctimas van inhibiendo sus expresiones emocionales, siendo cada vez más temerosos y viviendo en estado de alerta continua, prestando más atención a las señales de ira o amenaza y menos atención a otras expresiones emocionales más positivas como las muestras de cariño (Ibídem, 2011).

Las víctimas de maltrato físico o los que han sido testigos de violencia de género o familiar suelen tener un comportamiento más agresivo hacia sus compañeros (tanto de forma física como verbal), respondiendo con ira ante estímulos positivos (muestras amistosas) o negativos (muestras de malestar), ser menos populares, sufrir bullying o rechazo de sus compañeros y tender a relacionarse con otros niños violentos (Ibídem, 2011).

Por otra parte, las víctimas de maltrato por negligencia son niños más retraídos e introvertidos, les cuesta relacionarse con sus iguales y durante la primera etapa educativa suelen aislarse y evitar jugar con los demás (Ibídem, 2011).

En algunos casos, un trauma tan grave como un ASI puede manifestarse a nivel físico, a través de alguna psicopatología como pueden ser los trastornos de la alimentación. La víctima acude a un centro sanitario para tratar el trastorno o la patología que padezca y, normalmente, el personal médico se centra en el síntoma para lograr diagnosticar una enfermedad. La adopción de un modelo sistémico en el ámbito

sanitario permite averiguar si esas psicopatologías son una manifestación de un problema relacional. Este tipo de dinámicas sociales son una buena herramienta para la prevención y el tratamiento del maltrato infantil, concretamente del abuso sexual (Martínez Martín, N. y Ruano, S., 2013).

2.6. Consecuencias del maltrato infantil indirecto.

Para Sanmartín, J. et al. (2011), el concepto de víctima de maltrato infantil indirecto hace referencia a los menores que han sido testigos de cualquier tipo de violencia en su entorno familiar, especialmente la violencia de género. Igual que en el caso de las víctimas de maltrato y abuso sexual en la infancia, los menores que han sido víctimas durante años de la violencia de género que ejerce su padre hacia su madre también sufren las consecuencias negativas de estos hechos. Estas consecuencias tienen lugar en el desarrollo evolutivo del menor, pudiendo llegar a ocasionar problemas cognitivos, como problemas de aprendizaje y de atención, ansiedad, depresión, estrés, etc., problemas emocionales, como inseguridad, baja autoestima, autoconcepto negativo y sentimiento de culpabilidad ante la violencia que sufre su madre, y problemas de conducta, como el retraimiento, la hiperactividad, conductas violentas hacia sus iguales o abuso de sustancias tóxicas.

El mismo autor expresa que estos efectos no se deben solo al trauma ocasionado por haber presenciado ese tipo de violencia, sino también por el hecho de tener que convivir diariamente con un agresor con un estilo parental violento.

2.7. Factores de protección del maltrato y el abuso sexual infantil

En el informe “*Maltrato Infantil en la familia en España*” (2011) se expresa que los factores de protección hacen referencia a una serie de cualidades y capacidades que posee una persona y que le otorgan una mayor probabilidad de tener cierta resiliencia ante una determinada adversidad. En el caso del maltrato infantil, los factores de protección serán aquellos capaces de contener los diversos efectos de las experiencias negativas evitando que se reproduzca la violencia en el entorno familiar. Estos factores

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

harán referencia tanto a las cualidades y capacidades que posicionan al menor en una situación de protección ante el maltrato infantil, como aquellas características personales que eviten la reproducción intergeneracional del maltrato infantil, evitando que el menor, víctima de maltrato infantil, se convierta en agresor reproduciendo la violencia en otros entornos o ejerza la violencia doméstica en su etapa adulta.

En este mismo informe marca los siguientes factores de protección individuales ante el maltrato y el abuso sexual infantil:

1. No presentar problemas de salud derivados de una enfermedad o discapacidad, lo que le permitirá eximirse de la vulnerabilidad que presentan esos factores de riesgo.
2. Tener una alta capacidad intelectual y éxito académico que le permitan construir un concepto positivo de sí mismo y tener autoconfianza.
3. Poseer una alta autoestima que le permita saber posicionarse ante las influencias negativas, evitando que le afecten negativamente.
4. Basar su ética y su moral, en un buen sistema de valores y creencias que le permitan distinguir adecuadamente lo que es correcto e incorrecto, canalizando adecuadamente sus emociones negativas para poder enfrentarse a las adversidades.
5. Poseer la capacidad adaptativa de la resiliencia. Según Cyrulnik, B. (2003) “la resiliencia es tanto la capacidad que desarrolla una persona para resistir el daño psicológico que puede causar un entorno problemático y dañino, como el impulso de reparación que nace de esa resistencia al sufrimiento”. La capacidad de resiliencia que posea un menor determinará la gravedad de las consecuencias negativas derivadas de una situación de MI. Un menor, víctima de MI, que consiga desarrollar adecuadamente esta capacidad, podrá asumir mejor esas experiencias negativas, amortiguando los posibles daños, sobre todo a nivel psicológico, y permitiendo que esas vivencias no le influyan negativamente de manera notable a la hora de construir su futuro. Según Barudy, J. y Dantagnam, M. (2005), para que un menor desarrolle la capacidad de resiliencia necesita contar con una serie de factores de protección que le doten de una estabilidad

afectiva, como tener unos tutores afectuosos, tener experiencias vitales felices y sentirse querido.

Por otra parte, también existen una serie de factores de protección que se pueden dar en el entorno del menor. Es el caso de la existencia de una buena relación con el progenitor no maltratador, lo que aumenta la capacidad resiliente del menor, las relaciones positivas con la familia extensa, puesto que puedan ayudar a contener la situación de maltrato mediando ante un conflicto, o el hecho de que la familia goce de una buena red de apoyo social, lo que ayuda a reducir el nivel de estrés de los adultos, proporcionándoles consejos y ayuda a la hora de resolver determinadas situaciones familiares conflictivas y aprendizaje, mediante la observación y la comunicación con sus iguales, otras estrategias de crianza y modelos educativos menos punitivos y que obtienen resultados exitosos (Sanmartín, J. et al., 2011).

2.8. Marco legal.

A partir del siglo XX, la sociedad ha ido reconociendo cada vez más la importancia de la etapa infantil y juvenil en el desarrollo de las personas, provocando un gran cambio en cuanto a la conciencia social sobre la protección a la infancia. Este hecho ha motivado que en los últimos años se hayan publicado numerosas normas, tanto a nivel internacional, nacional y autonómico, para velar por el bienestar integral de la población menor de edad.

2.8.1. Ámbito internacional

En diciembre del año 1990, España ratificó la Convención de los Derechos de la Infancia de Naciones Unidas, adoptada unánimemente por la Asamblea de la ONU el 20 de noviembre de 1989. En esta Convención se constituye el marco universal de la defensa de los derechos de la infancia y la adolescencia. España ha firmado diversos tratados internacionales, impulsados por organizaciones internacionales como Naciones Unidas, La Organización Internacional del Trabajo, el Consejo de Europa o La Conferencia de la Haya, referente a la protección de la infancia: trabajo infantil, sustracción de menores, trata y explotación sexual, adopción internacional, etc.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

- Comunicación de la Comisión al Parlamento europeo y al Consejo. Protección de los menores migrantes (12/04/2017).
- Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención (2017).
- V y VI Informes periódicos sobre la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño elaborado por España, mayo de 2016.
- Los Derechos del Niño en la Agenda 2030, septiembre 2015.
- Manual de legislación europea sobre los derechos del Niño. FRA (European Agency for Fundamental Rights/Council of Europe), junio 2015.

2.8.2. *Ámbito nacional*

En contraposición con el marco legal europeo relacionado con la protección a la infancia y la adolescencia, en España solo ha habido dos leyes aprobadas en los últimos diez años y un proyecto de Ley aprobado el 9 de junio de este mismo año, que se encuentra pendiente de aprobación en el Congreso de los Diputados. Este último proyecto de Ley es comúnmente conocido como Ley Rhodes, en honor al pianista inglés que denunció públicamente haber sufrido abusos sexuales durante su infancia.

- Proyecto de Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y a la Adolescencia frente a la Violencia, de 9 de junio de 2020. Pendiente de aprobación en el Congreso de los Diputados.
- Ley Orgánica 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

2.8.3. *Ámbito de la comunidad autónoma de Aragón*

Tal y como ocurre en el ámbito nacional, son pocas las modificaciones del marco legal referente a la protección de la infancia en la comunidad autónoma de Aragón en los últimos años. Como se puede observar a continuación, solo se ha aprobado una ley en los últimos diez años.

- Ley 5/2016, de 2 de junio, de modificación de las Leyes 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón, y 11/2005, de 28 de diciembre, reguladora de los espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos de la Comunidad autónoma de Aragón.
- Ley 5/2009 de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.
- Decreto 190/2008, de 7 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de protección de menores en situación de riesgo o desamparo.
- Resolución de 29 de enero de 2008, en el que se publica el Convenio entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la C. A. de Aragón, para la realización de programas de ejecución de medidas para menores infractores.

3. ACTUACIONES Y PROTOCOLOS

El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) junto a la Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón (ADCARA) han redactado una serie de guías para la detección y notificación de los casos de maltrato infantil (2007), donde se recogen los instrumentos para la valoración de la gravedad de las situaciones de menores y proporciona los modelos de formularios, informes y notificaciones de carácter urgente, especificando cómo se tienen que tramitar y dónde se tienen que derivar dichos documentos. Tanto las guías como los modelos de los documentos anteriormente citados están especificados según el ámbito profesional del que proceda el caso de sospecha de maltrato (Servicios Sociales, Servicios Sanitarios, ámbito educativo, servicios de Tiempo Libre y ámbito policial).

En dichas guías se reconoce que la mayoría de menores y familiares que sufren maltrato infantil no suelen solicitar ayuda por miedo, desconfianza o por haber normalizado dicha situación, por lo que tiene que ser un agente externo, como los profesionales de los ámbitos citados en el párrafo anterior, los que evidencien el problema.

Estas guías no son un medio para denunciar sino para detectar y notificar, recogen todos los ítems que marcan las señales y signos de alerta y todas las medidas que debe adoptar un profesional de estos sectores ante la sospecha de una situación de cualquier tipo de maltrato infantil o de riesgo, especificando el protocolo a seguir en cada caso. La detección es "reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil" (Casi3n, J. M. et al., 2007, p.23) y permite realizar una intervenci3n en el menor y la familia que se encuentran en esta situaci3n para poder proporcionarles la ayuda que necesiten. La notificaci3n consiste en poner en conocimiento de las instituciones pertinentes dicha situaci3n para que la familia tenga acceso a esa atenci3n y ayuda.

3.1. 3mbito educativo

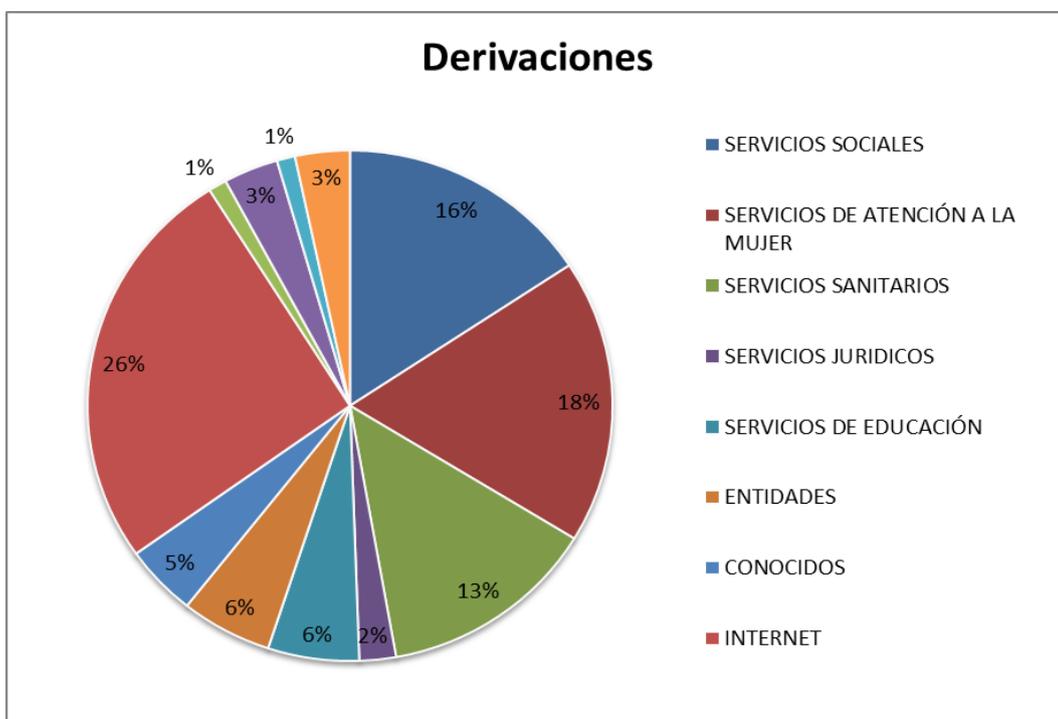
Para tratar esta problem3tica desde el 3mbito educativo es necesario que los docentes conozcan los conceptos b3sicos sobre maltrato infantil, los factores de riesgo, los indicadores, etc., a la par que necesitan conocer c3mo, cu3ndo y a qui3n notificar sus observaciones ante una sospecha de maltrato a alguno de sus alumnos. Adem3s, es importante que est3n sensibilizados con esta problem3tica, as3 como con el valor de la detecci3n y la notificaci3n de este tipo de situaciones desde el 3mbito escolar para poder actuar de una forma eficaz y coordinada con las diferentes instituciones implicadas y reconocer el gran valor que tiene la escuela como herramienta de prevenci3n. Para este fin, los autores Casi3n, J. M. et al., (2007) elaboran el documento "El maltrato infantil. Propuesta de actuaci3n para su detecci3n desde el 3mbito educativo", en el que recogen las siguientes ideas:

El papel de la escuela ante el maltrato infantil

Después de la familia, la escuela es el principal agente de socialización del menor. En la sociedad actual, en la mayoría de los casos, los menores pasan más tiempo en la escuela con sus docentes que con sus propios padres, por lo que los centros escolares componen uno de los entornos con más posibilidades para la prevención, detección y tratamiento del MI o de situaciones de riesgo. La educación en las escuelas, además de desarrollar conocimientos y habilidades académicas, también debe preocuparse por la integridad del alumno y asegurarse de que tiene todas las necesidades básicas cubiertas.

A pesar de ello, el porcentaje de notificaciones y derivaciones que se reciben desde la escuela es mucho menor al de otros medios o instituciones, como se puede observar en la Tabla 1, donde se aprecia que del total solo 3 casos se notificaron desde las instituciones educativas. Otro ejemplo, la FVB solo recibe un 6% de las derivaciones procedentes del ámbito educativo, tal y como se muestra en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Comparación de las derivaciones de los casos



Fuente: Fundación Vicki Bernadet, Anexo 2 (2018)

La importancia de una buena relación de proximidad afectiva entre maestro/a y alumno/a

El hecho de que los menores pasen tanto tiempo en los centros escolares hace que los docentes se conviertan en una figura afectiva muy importante para ellos, sobre todo en el caso de las edades más tempranas. El docente aporta seguridad y ayuda al alumnado, por lo que tiene la gran oportunidad de proporcionarles la protección que necesita.

Es muy importante crear un clima de confianza para que el alumnado sienta que puede hablar con su maestro o maestra de cualquier cosa que necesite, que se sienta respetado, seguro y cómodo hablando de cualquier cosa que quiera expresar. Para ello, es fundamental que el docente se esfuerce en establecer una relación de cercanía con el alumnado, de esta manera podrá obtener mucha más información para conocerlos mejor y poder atender adecuadamente las necesidades de cada uno. Si el alumno se siente escuchado, comprendido y siente que alguien se preocupa por su bienestar es más fácil que se exprese. Crear un clima de confianza y seguridad es primordial para cualquier proceso de intervención.

Las habilidades que deben asistir al docente en búsqueda de esta relación de proximidad afectiva construida desde la escuela deberán ser: la escucha activa, la empatía, la asertividad y una actitud optimista y positiva, desde un punto de vista de las neurociencias, generador de interés y motivación por todo lo que la persona lleva a cabo.

La importancia de la observación e identificación del maltrato

El conocimiento de los factores de riesgo presentes en cada menor ayuda al docente a comprender mejor al alumnado y sus familias sin juzgarlos, tener acceso a mayor y mejor información acerca de la situación de cada uno, rebajando nuestro nivel de inquietud y confusión, saber si desde el ámbito educativo se puede apoyar a la familia y valorar los casos en los que sea necesario notificar una situación detectada.

Todo el tiempo que el alumnado permanece en la escuela posibilita que el docente pueda llegar a conocer bastante bien a sus alumnos y tenga cierta facilidad para percibir

los posibles cambios que sufra un menor como consecuencia de vivir una situación de maltrato y abuso sexual infantil (Flores, F., 2016).

Los docentes pueden ejercer un papel muy importante en la prevención del MI observando los cambios físicos y comportamentales del alumnado y la actitud de sus padres en diferentes contextos, comparando las diferencias de conductas de cada alumno, escuchando lo que el menor cuenta de su familia tanto a él como a sus compañeros y lo que estos compañeros dicen de ese menor, e informándose del contexto familiar y social del menor, así como de cuáles son sus condiciones de vida (Flores, F., 2016).

En el documento de referencia se señala que cuando el docente detecta una señal de que algo negativo le puede estar ocurriendo al menor, debe considerar la frecuencia, cómo se produce y el contexto en el que tiene lugar. Si las señales son repetidas se convertirán en indicadores y se deberá comentar a otros compañeros o un profesional especializado, siendo prudentes y guardando la confidencialidad. Si se repite algún indicador o se observan varios de ellos, el docente deberá comunicarlo a los Servicios Sociales, quienes cuentan con los medios para la atención de estas situaciones.

Es muy importante que el docente realice un registro diario detallado y coherente sobre los comportamientos y los cambios que se producen en los niños y las niñas, puesto que tienen un gran valor judicial debido a que los menores, sobre todo los de temprana edad, no son capaces de relatar de forma coherente y ordenada los hechos por no tener todavía la madurez cognitiva necesaria para comprender la gravedad de la situación, incluso pueden tener fallos de memoria provocados por la gravedad del trauma (entrev. a González, M., 2018 - Anexo 2-).

Indicadores observables desde la escuela

Cuando el docente sospecha que un alumno puede estar sufriendo MI, debe observar los rasgos comportamentales, emocionales o físicos e identificar las señales que le han llevado a esa sospecha. Estos rasgos ayudarán al docente a detectar o descartar la situación de maltrato. Monjas, M. I. (1998) denomina indicadores a esos rasgos que alertan a otros adultos, que no son los cuidadores principales, de que el menor está

sufriendo ese tipo de violencia. Es importante que los adultos del entorno cercano del menor presten atención a estos indicadores para poder actuar.

En el documento anteriormente citado se identifican tres categorías de indicadores que se pueden observar desde la escuela: indicadores físicos y comportamentales en el niño e indicadores en padres. En el Anexo 3 se recogen algunos de dichos indicadores.

En la categoría de indicadores físicos en el niño se encuentran la presencia de lesiones e indicadores relacionados con necesidades primarias de salud, higiene y alimentación. Entre los indicadores comportamentales en el menor se encuentran los indicadores en las relaciones socio-familiares, indicadores en la conducta y personalidad, rendimiento académico y sexualidad.

Actuación ante una situación de maltrato infantil

Ante la sospecha de que un alumno puede estar sufriendo algún tipo de MI, el docente deberá seguir un adecuado procedimiento que consta de las siguientes fases: recoger información sobre dicho alumno y su familia, comunicar la situación al director de la escuela, pedir asesoramiento al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de la zona y notificar la situación a la institución competente. A continuación se detalla el conducto reglamentario de las diferentes fases de una manera más concreta:

1. Recoger información breve, clara y precisa sobre el alumno y su familia.

Durante esta fase, el docente deberá observar al menor con especial atención a sus rasgos conductuales y comportamentales en los distintos contextos, contrastar sus impresiones con otros docentes del centro, guardando la confidencialidad y siendo prudentes, hablar con el alumno para intentar clarificar los hechos que son objeto de la sospecha y hablar con los padres para tratar de identificar las causas de la sospecha, reconocer si están cumpliendo adecuadamente con sus funciones parentales y valorar si la familia está dispuesta a colaborar con la escuela para poder ayudarles tanto a la familia como al menor.

2. *Comunicar la situación al director de la escuela.*

Se deberá informar al equipo directivo del centro sobre la situación de sospecha, mostrando la información obtenida y los indicadores observados. El docente y el equipo directivo decidirán las intervenciones educativas a realizar y su nivel de discreción para asegurar el bienestar del menor, su integración escolar y social y la superación de sus dificultades.

3. *Pedir asesoramiento al Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) de la zona.*

El centro pedirá asesoramiento al EOEP para valorar si el caso permite establecer un plan de actuación coordinado entre ambos que garantice la mejora de la situación o si es necesario que se derive el caso a los Servicios Sociales.

En los casos en los que la situación sea leve, sea consecuencia de una crisis pasajera, la familia tenga capacidad propia para afrontar la realidad o los recursos del ámbito escolar sean necesarios para hacer frente al problema, el caso se coordinará entre el centro escolar y el EOEP.

Si la situación es grave, hay serias dudas, los hechos persisten o la familia no reconoce el problema ni hay disposición para colaborar con la escuela, el caso se tendrá que derivar a los Servicios Sociales.

En los casos en los que se considere que el menor requiere protección de forma urgente por la gravedad de la situación de la que se sospecha, el caso se deberá comunicar al Servicio Especializado de Menores.

4. *Notificar la situación.*

Las observaciones que se realicen sobre un alumno, que puedan indicar una sospecha de maltrato o una situación clara de riesgo de padecerlo, se deben comunicar a los profesionales competentes de iniciar la intervención necesaria en este tipo de problemáticas y que poseen la capacidad de poder solucionarlo.

La temprana notificación por parte de la escuela permite activar los recursos necesarios para poder atender adecuadamente al menor y su familia, evitando que se agrave la situación y haya una cronicidad del posible maltrato.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

Según el Artículo 13 de la Ley 1/1996 de protección jurídica del menor, todos los profesionales que trabajan con la infancia tienen una mayor facilidad para identificar una situación de riesgo o posibilidad de desamparo, por lo que tienen la responsabilidad y obligación legal de poner en conocimiento dicha situación a la autoridad competente o a sus agentes más próximos.

La escuela debe notificar la sospecha de maltrato o el riesgo de padecerlo a los Servicios Sociales, quienes serán los encargados de verificar dicha sospecha y ampliar la información. Estos servicios cuentan con una serie de recursos propios para proporcionar una atención directa e inmediata al menor y su familia, así como para realizar el programa de intervención que requiera la situación. En caso de que los recursos con los que cuentan los Servicios Sociales no fuesen suficientes para atender adecuadamente la situación, éstos derivarán el caso a los Servicios Especializados de Menores.

Proceso de notificación desde el ámbito educativo

Para notificar una sospecha de MI de carácter no urgente, el centro escolar deberá rellenar la Hoja de Notificación de Situaciones de Maltrato Infantil (disponible en el apartado de “Recursos. Documentos. Infancia y Adolescencia” de la página web del Gobierno de Aragón). En dicho informe se facilitará la identificación del menor y su familia, la causa que origina el informe, la relación entre el presunto maltratador y el menor, los indicadores que se hayan observado o se tenga conocimiento de ello y los datos de la persona o institución que realiza la notificación.

Este informe se facilitará a los Servicios Sociales para que verifiquen la información, hagan una primera evaluación del caso y valoren el tipo de intervención necesaria para asegurar la protección y el bienestar del menor.

En los casos en los que la salud o la seguridad básica del menor estén en peligro, haya una situación de gravedad inmediata y el menor no cuente con un familiar o figura de apego en su entorno que pueda hacerse cargo de él, el equipo educativo deberá valorar la necesidad de que el menor reciba protección de carácter urgente. En este tipo de situaciones, el caso se tendrá que derivar al Servicio Especializado de Menores,

quienes tienen la capacidad de proporcionar al menor protección de manera inmediata. Esta derivación se realizará cumplimentando la Hoja de Notificación de casos Urgentes (disponible en el apartado de “Recursos. Documentos. Infancia y Adolescencia” de la página web del Gobierno de Aragón) y facilitándoselo al Servicio Especializados de Menores.

Prevención desde la escuela

Flores, F. (2016) defiende que el sistema familiar y el escolar son los dos entornos más próximos en la etapa del desarrollo del menor y deben proporcionar a éste seguridad, protección y cuidado. Es deber de la escuela hacer comprender a la familia que ambos sistemas tienen la responsabilidad de la prevención y denuncia de cualquier tipo de maltrato que sufra el menor.

Según Barudy, J. (1999), hay tres niveles de prevención que se pueden llevar a cabo desde la escuela:

1. *Prevención primaria*: basada en la evitación de la situación de MI y la disminución de abuso mediante la proporción de condiciones que impidan dichos actos o que resulten más difíciles de cometer, por ejemplo, inculcando la ética del cuidado en la educación de adultos y menores, la empatía, la gestión de emociones, etc.
2. *Prevención secundaria*: cuyo objetivo persigue detener las situaciones de MI en sus inicios e impedir que se alargue en el tiempo, mediante la detección y actuación temprana.
3. *Prevención terciaria*: tiene lugar cuando ya ha ocurrido el MI y tiene como finalidad acompañar a la víctima en su proceso de recuperación y reparación, intentando evitar que sufra las consecuencias más graves.

La prevención desde la escuela se lleva a cabo a través del Plan de Acción Tutorial (PAT) y el Plan de Atención a la Diversidad (PAD). En dichos documentos, elaborados por cada centro, se deben recoger medidas orientadas a la prevención e intervención ante el MI en todas sus vertientes.

4. EL PAPEL DE LA FAMILIA

Martínez Martín, N. y Ruano, S. (2013) establecen que, en los casos en los que se produce incesto en la familia, el sistema familiar se divide en tres agentes básicos: la víctima, los adultos protectores y el victimario.

Las mismas autoras defienden que, en la mayoría de los casos de ASI, tanto los agresores como los adultos protectores no admiten explícitamente los hechos y tienden a negarlos, a causa del sentimiento de culpabilidad que les genera no haber sabido proteger adecuadamente a la víctima y evitarle esa horrible experiencia. Por ello, para hacer frente a una situación de ASI, se recomienda que los psicólogos y demás profesionales realicen una intervención familiar para proporcionar ayuda psicológica a los tres agentes del sistema familiar. Dicha intervención tratará de ayudar a los adultos protectores a superar los sentimientos de culpa y negación ocasionados por este hecho traumático, a la víctima a reparar el daño psicológico y social que ha sufrido, puesto que el daño físico se tratará desde el ámbito sanitario, y al agresor a conectar con el abuso que ha ejercido sobre la víctima para que trate de empatizar con ésta y evitar que vuelva a cometer abusos en un futuro.

De los dieciséis pasos necesarios que describe Madanes, C. (1993) en la intervención familiar para la recuperación de la víctima, Martínez Martín, N. y Ruano, S. (2013) ponen énfasis en dos: por una parte, el reconocimiento de los hechos por parte del agresor y la conexión con el trauma ocasionado a la víctima para poder mostrar un sentimiento de arrepentimiento y una disculpa real, y, por otra parte, el perdón de los adultos protectores por no haberla protegido.

Barudy, J. (1998) describe el papel de la madre de subordinación ante el marido, en los casos de abuso sexual intrafamiliar, situándola en una posición de inferioridad de poder respecto a su pareja, y anteponiendo el equilibrio del sistema conyugal ante su función maternal.

Las autoras Martínez Martín, N. y Ruano, S. (2013) defienden que en los casos en los que el abuso sexual es producido por un hermano, a la madre le suele suponer mucho esfuerzo conectar con el trauma de su hija como víctima y asumir el hecho de que haya sido otro hijo suyo capaz de llevar a cabo esas acciones.

5. RECURSOS PARA LAS VÍCTIMAS, FAMILIARES Y PROFESIONALES

Los Servicios Sociales y el Servicio Especializado de Menores son los principales recursos para la atención, seguimiento e intervención de casos de MI, estos servicios cuentan con diversas herramientas y profesionales formados en esta área para asegurar la protección e integridad de los menores. Además, son las instituciones encargadas de la recepción de las notificaciones y las que cuentan con los medios necesarios para investigar los casos. La institución de esta índole en Aragón son el IASS, SAIA.

En Aragón, existen otras fundaciones y asociaciones, como la Fundación Vicki Bernadet (Zaragoza), la Asociación Cebrero (Huesca) o el CAVIAS - Centro de Asistencia a Víctimas de Abusos Sexuales – (Zaragoza), que ofrecen servicios para ayudar a las víctimas de ASI, familiares y profesionales. Además, trabajan de manera coordinada con organismos e instituciones involucrados en atención a víctimas de este tipo de delitos como la Policía, Servicios Sociales, juzgados, etc., siendo un complemento de los mismos.

Los servicios que ofertan estas fundaciones o asociaciones son:

- Servicio de atención psicológica y social: información y asesoramiento especializado, acogida y asesoramiento psicosocial presencial, orientación familiar puntual, psicoterapia individual y grupal, asesoramiento a profesionales, etc.
- Servicio de formación y sensibilización: formación especializada a profesionales de diferentes ámbitos, programas específicos colectivos en riesgo, sensibilización en centros educativos, sensibilización de ciudadanía, etc.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

6.1. Introducción

La propuesta de intervención que se presenta a continuación tiene un carácter fundamentalmente de ayuda a las víctimas de abusos sexuales en la infancia en el

entorno escolar. Con ella se pretende mejorar algunas de las consecuencias psicológicas y sociales como son la baja autoestima, trastornos depresivos, poca o nula confianza e inseguridad en sí mismos y en el resto de las personas, falta de habilidades sociales, dificultad para relacionarse con los demás, no permitir el contacto físico, etc. Pero también de prevención y detección, ya que a través de la observación directa que el docente hace del alumnado puede identificar señales y signos de alerta, previene futuros abusos a través del fomento del respeto hacia los demás cuando hay un contacto físico y a no aceptar comportamientos o conductas que no les gustan o les hacen sentirse incómodos.

A continuación, se propone una intervención educativa a través de la actividad físico-deportiva (AFD), ya que, tal y como se muestra en la “Guía de práctica clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto” (2014), la práctica de AF presenta un nivel de evidencia considerable para el tratamiento de los trastornos depresivos y el correcto funcionamiento psicológico, aunque no especifica el tipo de actividad física con mejores resultados. Además, la práctica actividad física produce bienestar debido al aumento de los niveles de algunas hormonas como la serotonina.

Cuando se estresa al organismo realizando una AFD se incrementan los niveles de las principales sustancias catecolaminas, como son la dopamina, la adrenalina o epinefrina y la noradrenalina o norepinefrina, en proporción directa a la intensidad del ejercicio (Moya-Albiol, L. y Salvador, A., 2001; López Chicharro, J. y Fernández Vaquero, A., 2006.).

La AFD aeróbica favorece la secreción del ácido gamma-aminobutírico (GABA), éste es un neurotransmisor inhibitorio que se forma en el cerebro cuando atraviesa la piridoxina (Vitamina B6), formada por la flora intestinal, atraviesa la barrera hematoencefálica y se aposenta en el cerebro. La función de este ácido es la de inhibir o reducir la actividad neuronal y tiene un rol importante en el comportamiento, la cognición y la respuesta del cuerpo frente al estrés, además de contribuir al control motor, la visión o a regular la ansiedad. Las investigaciones sobre este neurotransmisor indican que ayuda a controlar el miedo y la ansiedad cuando las neuronas están sobreexcitadas puesto que actúa como modulador inhibitorio de la noradrenalina. Además, este ácido tiene el poder de impedir ataques epilépticos, trastornos de

ansiedad, problemas para dormir, la depresión, la esquizofrenia o reducir los síntomas de la enfermedad de Huntington (García-Allen, J., 2020).

El efecto antidepresivo de la AFD está relacionado con la función serotoninérgica de ésta, puesto que la realización de ejercicio físico-deportivo aumenta los niveles de serotonina y triptófano en el cerebro y disminuye su concentración en sangre (Acevedo-Triana, C. A., 2014; Melancon, M. O., Lorrain, D., Dionne, I. J., 2014). El aumento de serotonina que se produce al practicar un ejercicio aeróbico agudo va en proporción a la intensidad, cuanto mayor sea la intensidad del ejercicio más serotonina producirá el organismo (Zimmer, P., 2016).

Según recoge García Cantó, E. (2010), la AFD tiene múltiples beneficios fisiológicos en el sistema cardiovascular, respiratorio, metabólico, óseo, articular y muscular, como por ejemplo el aumento del número de glóbulos rojos, mejora el sistema inmune, mejora la difusión del oxígeno, favorece el peristaltismo por lo que mejora la absorción de los nutrientes, favorece el metabolismo graso, previene la osteoporosis, aumenta la mineralización y densidad ósea, etc. Por otra parte, esta práctica también conlleva beneficios psicosociales, como el aumento de la autoestima, la mejora del rendimiento académico, proporciona estabilidad emocional, etc.

Por otro lado, en el caso de los niños, la experiencia directa es la mejor forma para adquirir un aprendizaje significativo, para interiorizarlo de manera efectiva, y para ello conviene que se realice de una manera dinámica y lúdica que permita el movimiento.

Es por todo ello por lo que se han escogido estas tres actividades físicas para realizar esta intervención.

6.2. Destinatarios

Esta intervención va dirigida a alumnas y alumnos de la etapa de primaria, de 6 a 12 años, pero se podrían adaptar algunas actividades para realizarse tanto para realizarse en la etapa de educación infantil como en la etapa de educación secundaria.

6.3. Objetivos

- Mejorar la autoestima construyendo un autoconcepto positivo.
- Fomentar la adquisición de hábitos saludables.
- Aprender a cuidar y querer el propio cuerpo.
- Aumentar la motivación intrínseca.
- Mejorar la condición física.
- Fomentar el respeto hacia los compañeros y el trabajo en equipo.
- Prevenir abusos de conductas anómalas de carácter sexual. Aprendiendo a negarse a que les toquen donde no está permitido.

6.4. Temporalización

Aunque seguramente todos los deportes podrían beneficiar en algún aspecto tanto al alumno o alumna en cuestión como al resto de sus compañeros, en este caso la intervención se realizará a través de los siguientes deportes: la escalada, tanto la modalidad deportiva como la boulder, y actividades de lucha.

Esta intervención tendrá una duración mínima de un curso escolar, ocho meses, y se llevará a cabo a través de sesiones semanales de 45min.

Es importante que las actividades sigan el orden que se establece a continuación para que se cumplan los objetivos.

- Primer trimestre: Escalada boulder.
- Segundo trimestre: Escalada deportiva.
- Tercer trimestre: sesiones de repaso de escalada de ambas modalidades (primera mitad del trimestre) y actividades de lucha (segunda mitad del trimestre).

6.5. Actividades

La realización de Actividad Física (AF) ayuda a disminuir los síntomas de los diferentes trastornos del estado de ánimo que puedan estar sufriendo los alumnos y las alumnas, como por ejemplo la depresión, incidiendo en varios de los posibles mecanismos que los causan. (Barrios Lafragüeta, M., 2018).

6.5.1. Escalada tipo Boulder

En primer lugar, se llevará a cabo la actividad de escalada tipo Boulder. Este tipo de escalada consiste en escalar sin cuerda bloques de roca o paredes no muy altas en los rocódromos, utilizando solo una colchoneta en el suelo para amortiguar la caída. Este tipo de deporte tiene unas características muy interesantes a nivel biopsicosocial.

Con esta actividad se pretende que alumno o alumna que ha sido víctima de algún tipo de maltrato adquiera seguridad en sí mismo, ya que el éxito del ejercicio solo dependerá de sus habilidades y la capacidad que tenga para confiar en sí mismo y vencer sus miedos. Al no tener cuerda, la persona que realiza este tipo de deporte tiene que poner a prueba su autoestima, de ella dependerá la resolución del problema que plantea el bloque y el éxito de la actividad. Por ello, con esta actividad ayudaremos al alumno o alumna a mejorar su autoconcepto y su autoestima.

Barrios Lafragüeta, M. (2018) realizó un estudio piloto, con una muestra de siete individuos con depresión clínica, sobre la influencia de la práctica de escalada tipo boulder en la mejora de la sintomatología de la depresión, a través de la realización de un programa que combinaba psicoterapia y la práctica de boulder una vez a la semana durante ocho semanas.

Los resultados del estudio muestran diferencias relevantes y significativas para las puntuaciones de la depresión, puesto que, tras las ocho sesiones, todos los participantes mostraron “una mejora aguda estadísticamente significativa del estado de ánimo” (Barrios Lafragüeta, M., 2018, p.1). Por otro lado, el estudio también obtuvo resultados positivos en algunos aspectos de la mejora de la condición física de los participantes,

como una reducción de su porcentaje y peso de masa corporal, reducción del porcentaje de masa libre de grasa y mejora de la “fuerza de dinamometría manual con el brazo no dominante” (Barrios Lafragüeta, M., 2018, p.1).

Las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos en el estudio muestran que la práctica de la escalada tipo boulder, mediante la realización de un programa de corta duración, influye positivamente en la recuperación psicológica de los pacientes con depresión clínica mejorando significativamente su estado de ánimo y algunos aspectos de su condición física, lo que fomenta la construcción de una imagen positiva de sí mismos. Para poder generalizar estos resultados se requiere una futura investigación.

Metodología:

Se divide la clase en grupos de cuatro personas, siendo muy importante que exista afinidad entre los miembros del grupo, ya que se intentará mantener el mismo grupo todo el curso, y que estén lo más equilibradas posible en peso, agilidad y fuerza. Los grupos los formará el docente para evitar situaciones de rechazo hacia algunos alumnos.

- *1ª Sesión.* Explicación del deporte de la escalada a través de vídeos, diferenciación entre la escalada boulder y la escalada deportiva, explicación de las medidas de seguridad, materiales y de conceptos clave, los nombres de las presas y presentación del rocódromo con demostraciones del docente.
- *2ª Sesión.* Antes de comenzar la sesión, el docente deberá pegar una cinta adhesiva de color vivo en la pared de escalada a una altura de 1'5 o 2 metros, dependiendo de la edad de los alumnos. Esa marca servirá para delimitar la zona en la que se puede practicar la escalada. En primer lugar, el docente repetirá las medidas de seguridad y explicará los diferentes estiramientos que se tienen que realizar durante el calentamiento. A continuación, se pedirá a los alumnos que se coloquen en fila y se explicará que la cinta adhesiva indica la altura máxima permitida. La actividad que tienen que realizar los alumnos consiste en colocarse en un extremo de la pared y conseguir llegar al extremo contrario utilizando todas las presas que necesiten. Los alumnos guardarán entre ellos una distancia mínima de 1m. para evitar accidentes. Esta actividad se llama “escalada libre”, y es la actividad que van a realizar cada día para entrenar. Con esta actividad

pretendemos que el alumnado empee a familiarizarse con el deporte, las presas, los movimientos del cuerpo, etc.

- *3ª Sesión.* Repetición de las medidas de seguridad, estiramientos y recorrer la pared con la actividad de escalada libre para calentar. En esta sesión se realizará un pequeño juego que consiste en que todos los alumnos se sientan mirando la pared de escalada a una distancia de unos 3m. El docente dirá una forma y/o un color de presa (por ejemplo: buzón amarillo) y cuando toque el silbato los alumnos deberán levantarse y tocar la presa indicada. Antes de realizar el juego, se repasarán los nombres de las presas y se hará alguna pregunta de comprobación para saber si los alumnos se las han aprendido.
- *4ª Sesión.* El docente explicará con más detenimiento lo que es la escalada Boulder y hará una demostración, si es posible junto a otro docente. A continuación, hará los grupos de 4 teniendo en cuenta las habilidades, capacidades y afinidades que ha observado en las sesiones anteriores. También explicará el concepto de “bloque” y les mostrará una aplicación llamada “Boulder Problems” que sirve para marcar bloques con el móvil o la tablet. Por último, les mostrará los diferentes bloques que ha marcado como objetivo para el trimestre, la dificultad de los mismos irá en aumento, y le pedirá a cada grupo que se pongan un nombre. Para finalizar esta sesión, se explicará a los alumnos un juego denominado “Dos más dos”, el cual consiste en que los alumnos se colocan en fila en un extremo de la pared. El docente indicará dos presas de salida, el primer alumno debe colocar las manos en las dos presas de salida y los pies donde quiera y escoger otras dos presas para poner las manos que estén en dirección hacia el otro extremo de la pared. El siguiente alumno debe salir de las presas de salida, tocar las dos presas escogidas por el alumno anterior y escoger dos presas nuevas. Y así sucesivamente.
- *5ª Sesión en adelante.* A partir de esta sesión, todas consistirán en la realización de los bloques, los grupos irán pasando de uno en uno mientras el resto de la clase realiza escalada libre o el juego del “Dos más dos” en la parte libre de la pared. Todos los miembros del grupo deben ayudar a que el resto de miembros consiga completar el bloque. Los grupos pasan al siguiente bloque cuando todos

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

los miembros han conseguido tocar el “top” (concepto para denominar a la última presa de un bloque). En el caso de que en un grupo haya un miembro con un nivel muy diferente al resto se le intentará cambiar a otro grupo más acorde a su nivel, en el caso en el que el nivel sea menor no se le presionará ni agobiará puesto que eso puede repercutir negativamente en su evolución durante la actividad, se pasará a otro bloque y el que se le ha atascado se retomará más adelante.

6.5.2. Escalada deportiva

En segundo lugar, se realizará la actividad de escalada con cuerda con el fin de que el alumno afiance los progresos en el otro tipo de escalada y aprenda que sí que puede confiar en algunas personas que velan por su seguridad y se lo demuestran.

Ambos tipos de escalada también enseñan a los alumnos y alumnas a cuidar del bienestar y la seguridad de los compañeros.

Objetivos concretos:

- Mejorar la confianza en uno mismo
- Ganar seguridad en uno mismo.

Metodología:

Esta actividad sigue, más o menos, la misma metodología que la actividad de escalada boulder.

- *1ª Sesión.* Presentación del material, explicación de conceptos específicos de esta modalidad, explicación de los nudos y práctica de la realización del nudo “ocho” y cómo utilizar adecuadamente el material.
- *2ª Sesión.* Demostración de cómo se asegura y cómo se asciende una pared. Para esta demostración harán falta dos docentes. Previamente, se habrá diseñado y equipado las vías en la pared de escalada, por lo que en esta sesión se les

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

enseñará a los alumnos las diferentes vías y realizarán escalada libre para recordar los movimientos adquiridos durante la actividad anterior.

- *3º Sesión en adelante.* El primer grupo comenzará a realizar la primera vía y el resto de alumnos realizará escalada libre o el juego del “Dos más dos”, tal y cómo se hacía en la otra modalidad de escalada.

Variables para la actividad de escalada

En los casos en los que los destinatarios de esta propuesta de intervención sean alumnos de centros educativos con pocos recursos económicos o menores residentes en otros lugares del mundo más desfavorecidos, por ejemplo menores residentes en campos de refugiados, o no se puede construir un rocódromo y no hay ninguno en las inmediaciones que se pueda utilizar, se hará uso de los diferentes elementos del entorno, poniendo las medidas de seguridad pertinentes, para llevar a cabo la actividad, es decir, se buscarían bloques de piedra, paredes, etc, y se acondicionarían poniendo colchonetas en el suelo, marcando los puntos de agarre y apoyo, etc. Se adaptará la actividad a las necesidades especiales que pueda tener cada alumno.

4.5.2. Actividad de lucha “Me pongo en tu lugar”

Objetivos concretos:

- Distinguir entre los contactos físicos permitidos y los que están prohibidos.
- Identificar qué partes del cuerpo se permiten tocar y cuáles no.
- Aprender a defenderse.
- Aprender a avisar a un adulto cuando una persona le toque una parte del cuerpo no permitida.
- Aprender a respetar a los demás.
- Aprender que solo se pueden tocar a otras personas en las partes del cuerpo que están permitidas.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

- Saber cómo actuar cuando una persona nos toca en una parte del cuerpo que no permitimos. Aprender a decir no y poner límites.

En el caso de que el sujeto no permitiese el contacto físico debido al trauma ocasionado a raíz del abuso, el sujeto aprenderá progresivamente a aceptar ciertos contactos físicos inevitables en el transcurso de la actividad. Se trata de realizar actividades de contacto tratadas con un carácter cooperativo que no fomenten la competitividad.

Recursos: colchoneta, tiza de dos colores, rallador, dos recipientes.

Nivel: educación infantil y primaria.

Duración: 5 minutos aproximadamente por pareja, la duración total de cada sesión dependerá del número de alumnos y alumnas con las que se realice la actividad. Para una clase de entre 15 y 20 alumnos la duración aproximada será de 45 min cada sesión. Se recomienda realizar esta actividad en varias sesiones para que los alumnos y alumnas obtengan realmente un aprendizaje significativo.

Desarrollo: El docente avisará el día de antes de que los alumnos y alumnas deben llevar un atuendo cómodo y totalmente oscuro para realizar la actividad.

1. En primer lugar, para realizar la actividad se deberán rallar tizas de dos colores diferentes y rellenar dos recipientes, cada uno con el polvo de tiza de un color. El docente dividirá la clase en dos grandes grupos, y dentro de cada uno los alumnos se pondrán por parejas, teniendo en cuenta que deberán ser parejas lo más equilibradas posible en peso, agilidad y fuerza.
2. El docente colocará dos colchonetas en el suelo, con bastante distancia entre ellas, y cada uno de los grandes grupos se colocará alrededor de una de las colchonetas. Una de las parejas se pondrá encima de la colchoneta y el resto de parejas se pondrá alrededor de la colchoneta, dejando una distancia prudente, y ejercerán el rol de espectadores y jueces. Si existe la posibilidad de que haya dos docentes, cada uno vigilará una colchoneta, en el caso contrario se nombrará a dos alumnos jueces cada día a los que se les repartirá un silbato a cada uno, este

rol irá cambiando en cada sesión. El docente explicará en este momento el funcionamiento de la actividad.

3. La actividad consiste en que los dos alumnos o alumnas que están en la colchoneta deberán sacar a su contrincante de la colchoneta tocando o agarrando solo las extremidades superiores e inferiores. Para saber dónde se producen los contactos, el docente les dará un recipiente a los dos alumnos que están encima de la colchoneta, antes de empezar la actividad, para que cada uno se impregne las manos del polvo de tiza que le ha tocado. Cuando uno de los dos alumnos note que su pareja le ha tocado en una zona del cuerpo que no está permitida deberá gritar “STOP”, el juego se pausará y el docente o el juez designado, junto con el resto de los alumnos, observarán las marcas de tiza en la ropa, y comprobarán si ha existido contacto en alguna parte que no corresponde a las extremidades, en caso afirmativo el alumno o alumna que ha realizado el contacto no permitido habrá perdido y se dará paso a la siguiente pareja. Por otro lado, los alumnos y alumnas que estén de jueces también podrán gritar “STOP” y pausar el juego si observan algún contacto no permitido. Ganará el alumno que consiga sacar de la colchoneta a su pareja sin tocarle en las zonas prohibidas.

6.6. Evaluación de la propuesta

La evaluación de esta propuesta se realizará recogiendo información de cada alumno a través de la observación activa y directa por parte del docente. Dicha información se plasmará en la Hoja de Registro de Observación - Anexo 4 - en la que se establecen unos determinados ítems que el docente deberá observar a lo largo de las sesiones.

Para poder evaluar la efectividad de la intervención, se cumplimentará dicha hoja de evaluación en la segunda sesión y en la última de cada actividad. De esta forma, se podrán comparar los resultados obtenidos en cada parte del proceso de intervención y así poder comprobar las posibles mejoras de cada alumno y alumna. Además, esta evaluación también tiene como finalidad poder efectuar modificaciones en la intervención, en el caso que fuesen necesarias, para mejorar su efectividad.

7. CONCLUSIONES

El maltrato infantil es una grave problemática social a la que se debe hacer frente, para ello se necesita una mayor concienciación por parte de la población, la realización de estudios más exhaustivos y dotar a los profesionales de los recursos necesarios para poder detectar más casos, de tal manera que el número de denuncias se acerque más a las cifras de víctimas estimadas.

Los menores víctimas de MI sufren graves consecuencias biopsicosociales derivadas de la situación de violencia a la que han estado sometidos, pero a través de los factores de protección y de las intervenciones sociales y educativas se pueden reducir dichas consecuencias.

En relación al ámbito educativo, se requiere una mayor formación para los docentes y la implantación de herramientas educativas que sirvan para la prevención, la detección y el tratamiento del maltrato infantil.

En relación al marco legal, se necesitan leyes que protejan la integridad de los menores contra cualquier tipo de violencia y que eviten que los casos de ASI queden como sobreseídos.

La AFD es una buena herramienta para realizar una intervención educativa por los grandes beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales que alberga. Se requiere la puesta en marcha de la intervención que se diseña en este trabajo para verificar su efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acevedo-Triana, C. A., (2014). Efectos del ejercicio y la actividad motora sobre la estructura y la función cerebral. *Rev Mex Neuroci*; 15 (1): 36–53.
2. Álvarez Ariza, M., Atienza, G., González Ávila, M. J., González García, A., Guitián, D., de las Heras, E., Louro, A., Rodríguez-Arias, J. L. y Triñanes, Y. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avaliat, Conselleria de Sanidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de:
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
3. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R. y Giles, W. H. (2006): “The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood. A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology”, *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256: 174-186.
4. Barrios Lafragüeta, M., Directores: Vicente Rodríguez, G., Gimeno Marco, F. (2018). *ESCALADA TERAPÉUTICA: estudio piloto sobre la influencia de la práctica de escalada tipo Boulder en la mejora de la sintomatología de la depresión (Tesis de Maestría)*. Universidad de Zaragoza.
5. Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistemática del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
6. Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y reparación*. Santiago: Galdoc.
7. Barudy, J. y Dantagnam, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
8. Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 11(nº 3), 125-146. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4024/3878>
9. Bernal Martínez de Soria, A., Rivas Borrell, S. y Urpí, C. (2012). *Educación familiar: infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

10. Bowlby, J. (1979). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Ediciones Morata.
11. Butchart, A. et. al. (2009). Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf
12. Cantero, M. J (2003). Pautas tempranas del desarrollo afectivo y su relación con la adaptación al centro escolar. Información psicológica; 82: 3-13.
13. Casión, J.M.; Pros, A.; de Mur, M.J.; Gómez Quintero, J.D.; Lahoz, J. (2007). El maltrato infantil. Propuesta de actuación para su detección desde el ámbito educativo. Instituto Aragonés de Servicios Sociales (I.A.S.S.) y Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón (A.D.C.A.R.A.). Departamento de Servicios Sociales y Familia. Gobierno de Aragón. Recuperado de: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/MALTRATO-2007-Guia-amb-educativo.pdf/597f5486-fab5-9339-14ba-96f0f285c0b5>
14. Cedrón, M. (23, marzo 2019). Las charlas en colegios destapan gran parte de los abusos sexuales sobre menores. La Voz de Galicia. Recuperado de: https://www.lavozdegalicia.es/noticia/galicia/2019/03/23/charlas-colegios-destapan-gran-parte-abusos-sexuales-menores/0003_201903G23P6991.htm
15. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de enero 2020. Estudio nº 3271. Recuperado de: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14482
- Comisión Europea (12/04/2017). Comunicación de la Comisión al Parlamento europeo y al Consejo. Protección de los menores migrantes. Bruselas. Recuperado de <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/ES/COM-2017-211-F1-ES-MAIN-PART-1.PDF>
16. Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (2017). Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención. CRC/C/ESP/5-6 del 7 de marzo de 2017.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

17. Convención de 20 de noviembre de 1989 sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Asamblea General, 44/25.
18. Consejo de Europa y Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2015). Manual de legislación europea sobre los derechos del niño. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2016.
19. Cyrulnik, B. (2003): El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma. Barcelona: Editorial Gedisa.
20. De Manuel Vicente, C. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Revista de Pediatría Atención Primaria*, 19 (26): 39-47. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300005
21. Decreto 190/2008, de 7 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de protección de menores en situación de riesgo o desamparo. Boletín Oficial de Aragón, 174, de 23 de octubre de 2008.
22. Del Moral Blasco, C. (2018). Más me duele a mí. La violencia que se ejerce en casa. Madrid: Save the Children España. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_me_duele_a_mi.pdf
23. Díaz Huertas, J. A., Esteban, J., Romeu, F. J., Puyo, C., Gotzens, F., Pastor, P., Requena, E., Seiquer, J., Campoy, M. P., Llaquet, P., García Pérez, J. (2006). Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. Recuperado de <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=7&subs=8&cod=265&page=>
24. Ezpeleta, J. (2005): Factores de riesgo de la psicopatología del desarrollo. Barcelona, Masson.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

25. Faraone, A. (2000). Maltrato infantil y un estudio de caso. Recuperado de https://books.google.es/books?id=91_wIwUFFoC&pg=PA47&dq=maltrato+infantil&hl=es&sa=X&ei=zPXYVPOJMYrpUr5gcAK&ved=0CCAQ6AEwAA#v=onepage&q=maltrato%20infantil&f=false
26. Fernández Alonso, M. C. et al. (2003). Violencia Doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
27. Flores Muñoz, F. (2016). El rol docente y el abordaje de situaciones de abuso sexual infantil. Cuaderno de Educación, núm. 71. Chile: Universidad Alberto Hurtado, Facultad de Educación. Recuperado de http://mailing.uahurtado.cl/cuaderno_educacion_71/pdf/Actualidad_71_Educacion_Diferencial.pdf
28. García-Allen, J. (sin fecha). GABA (neurotransmisor): qué es y qué función desempeña en el cerebro. Psicología y Mente. Recuperado el 10 de junio de 2020 de <https://psicologiaymente.com/neurociencias/gaba-neurotransmisor>
29. García Cantó, E. (2010). Niveles de actividad física habitual en escolares de 10 a 12 años de la Región de Murcia. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Facultad de Educación, Murcia. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/32062/TEGC.pdf?sequence=1>
30. González, A. (2005). Síndrome de Münchhausen por poderes. Reflexiones sobre la relevancia de corresponsabilización en los dispositivos de atención a la infancia. En T. Sánchez. (Coord.), Maltrato de género, infantil y de ancianos (pp.185-208) Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca
31. Henry, J.; Sloane, M. y Black-Pond, C. (2007). “Neurobiology and Neurodevelopmental Impact of Childhood Traumatic Stress and Prenatal Alcohol Exposure”, Language, Speech and Hearing Services in Schools, 38: 99-108.

32. Infocop (2019). Éxito de la campaña “no al abuso sexual infantil” del COP Aragón. INFOCOPONLINE. Revista de Psicología. Consejo General de la Psicología de España. Recuperado de:
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8411#inicio
33. Instrumento de Ratificación por España de la Convención sobre los Derechos del Niño (31 de diciembre de 1990), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989.
34. Ley 5/2009 de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Boletín Oficial del Estado, 201, de 20 de agosto de 2009.
35. Ley 5/2016, de 2 de junio, de modificación de las Leyes 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón, y 11/2005, de 28 de diciembre, reguladora de los espectáculos públicos, actividades recreativas y establecimientos públicos de la Comunidad autónoma de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, 115, de 16 de junio de 2016.
36. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, 15, de 17 de enero de 1996.
37. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, 175, de 23 de julio de 2015.
38. Ley Orgánica 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, 180, de 29 de julio de 2015.
39. López Chicharro, J., Fernández Vaquero, A. (2006). Fisiología del ejercicio. Médica Panamericana.
40. López, F. (1994). Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

41. Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen & E. M. Hetherington (Eds.), Handbook of child psychology. Volume 4: Socialization, personality and social development (4ª ed., pp. 1-101). New York, NY: Wiley.
42. Madanes C. (1993). Sexo, amor y violencia. Barcelona: Paidós.
43. Malacrea, M. (2011). Trauma y reparación. El tratamiento del abuso sexual en la infancia. Barcelona: Paidós.
44. Martínez Martín, N., y Ruano, S. (2013). Lo que el síntoma esconde: un caso de abuso sexual”. Cuadernos de Trabajo Social, 26(2): 305-314. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4685382>
45. Mash, E. J., Wolfe, D. A. (2005). Abnormal Child Psychology (3ª ed.). Universidad de Virginia: Thomson Wadsworth
46. Melancon, M. O., Lorrain, D., Dionne, I. J. (2014). Changes in markers of brain serotonin activity in response to chronic exercise in senior men. Appl Physiol Nutr Metab.; 39 (11): 1250–6.
47. Monjas, M. I. (1998). Programa de sensibilización en el ámbito escolar contra el maltrato infantil. Valladolid: REA.
48. Moya-Albiol, L., Salvador, A. (2001). Efectos del ejercicio físico agudo sobre la respuesta psicofisiológica al estrés: Papel modulador de la condición física. Rev Psicol del Deport; 10(1): 35–48.
49. Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
50. Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Sinopsis. Ginebra, Suiza. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf

51. Pereda, N. y Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31, 417-426. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34562/1/551047.pdf>
52. Piña López, J. A. (2015). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de psicología*, vol. 31(3): 751-758. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.31.3.185631>
53. Protección Integral a la Infancia y a la Adolescencia frente a la Violencia, de 9 de junio de 2020. Recuperado de https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/090620-enlace_infancia.aspx
54. Real Academia Española (2014). Definición de Resiliencia. Diccionario de la lengua española (23ª ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/resiliencia>
55. Resolución de 29 de enero de 2008, en el que se publica el Convenio entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la C. A. de Aragón, para la realización de programas de ejecución de programas de ejecución de medidas para menores infractores. *Boletín Oficial del Estado*, 37, de 12 de febrero de 2008.
56. SAIA e IASS (2020). Informe Cuantitativo sobre Niños, Niñas y Adolescentes. Área de Protección a la infancia. Área de atención a Menores infractores en medio abierto. Datos 2019. Aragón: Servicio de Atención a la Infancia y la Adolescencia.
57. Santos, M. – Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas – (2015). Los Derechos del Niño en la Agenda 2030. *Agenda Desarrollo Sostenible 2030. Histórico compromiso mundial para poner fin a la violencia contra los niños.*
58. Sanmartín, J. (coord.) (2008). *Violencia contra niños* (4ª ed.). Colección Estudios sobre violencia, vol. 2. Barcelona: Ariel.

59. Sanmartín, J., Serrano, Á., García, Y., Rodríguez, A., Martínez, P., Blundell, H., Iborra, I. (2011). Maltrato infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Valencia. Recuperado de [http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_ttotal_100_acces.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf)
60. Serrano, Á.; Iborra, I. et al. (2005): Violencia entre compañeros en la escuela. Informe del Centro Reina Sofía, Valencia. Serie Documentos, nº 9. Recuperado de https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/informe_reina_sofia-violencia200594p.pdf
61. Solís de Ovando, R. (2003): Los malos tratos a la infancia: aproximación al problema, identificación de factores de riesgo y el reto de la prevención, *El observador*, 23: 8-37.
62. Teicher, M. H.; Tomoda, A. y Andersen, S. L. (2006). Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment: Are Results from Human and Animal Studies Comparable, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071: 313-323.
63. V y VI Informe Español de Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de Naciones Unidas y sus protocolos facultativos en España (2016). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 5 de mayo de 2016.
64. Zimmer, P., Stritt, C., Bloch, W., Schmidt, F.-P., Hubner, S. T., Binnebosel, S., et al (2016). The effects of different aerobic exercise intensities on serum serotonin concentrations and their association with Stroop task performance: a randomized controlled trial. *Eur J Appl Physiol*; 116 (10): I2025–34.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA DEL CIS: BARÓMETRO DE ENERO 2020

CIS

Estudio nº3271. BARÓMETRO DE ENERO 2020

Enero 2020

Pregunta A9

¿Cuál es, a su juicio, el principal problema que existe actualmente en España? ¿Y el segundo? ¿Y el tercero? (RESPUESTA ESPONTÁNEA). (MULTIRRESPUESTA).

	Primer problema	Segundo problema	Tercer problema	TOTAL
El paro	36,8	14,1	8,0	58,9
Los problemas de índole económica	6,4	11,0	9,6	27,0
Los problemas políticos en general	10,9	6,2	4,6	21,7
El mal comportamiento de los/as políticos/as	7,0	7,0	4,4	18,3
La corrupción y el fraude	5,6	7,0	5,4	17,9
La sanidad	3,2	7,3	6,5	16,9
Los problemas relacionados con la calidad del empleo	3,3	5,8	5,5	14,6
Lo que hacen los partidos políticos	5,5	5,4	3,0	14,0
Los problemas de índole social	3,2	5,0	5,6	13,9
Las pensiones	2,6	4,4	4,8	11,8
La independencia de Cataluña	3,8	3,5	3,4	10,7
La inmigración	1,6	4,0	3,5	9,1
La violencia de género	1,3	2,5	3,4	7,2
La educación	0,8	2,2	3,7	6,7
Los problemas medioambientales	0,6	1,3	1,5	3,4
La vivienda	0,4	1,0	1,2	2,6
La inseguridad ciudadana	0,4	0,7	0,7	1,8
Los problemas relacionados con la juventud	0,2	0,5	0,5	1,2
La Administración de Justicia	0,2	0,4	0,5	1,1
La crisis de valores	0,3	0,5	0,3	1,1
El Gobierno y partidos o políticos/as concretos/as	0,7	0,1	0,2	1,0
Estatutos de autonomía	0,2	0,2	0,2	0,6
La subida del IVA	0,2	0,2	0,2	0,6
Los nacionalismos	0,2	0,2	0,1	0,5
Los problemas relacionados con autónomos/as	0,1	0,3	0,0	0,4
La Falta de inversión en industrias e I+D	0,0	0,2	0,2	0,4
La falta de acuerdos. Situación política. Inestabilidad política	0,2	0,1	0,1	0,4
Las infraestructuras	0,0	0,1	0,1	0,3
El racismo	0,1	0,1	0,1	0,3
La Monarquía	0,1	0,1	0,0	0,2
Los problemas relacionados con la mujer	0,0	0,1	0,1	0,2
Las drogas	-	0,1	0,1	0,2
El funcionamiento de los servicios públicos	0,0	-	0,1	0,1
Todos	-	-	0,1	0,1
El terrorismo internacional	-	0,0	0,0	0,1
Los bancos	-	-	0,1	0,1
La Reforma Laboral	-	-	0,0	0,0
Los desahucios	-	0,0	-	0,0
Otras respuestas	2,4	1,9	2,2	6,5
Ninguno	0,2	1,2	2,8	0,2
N.S.	1,3	2,6	6,4	1,3
N.C.	0,1	2,7	11,0	0,1
(N)	(2.929)	(2.929)	(2.929)	(2.929)

ANEXO 2

ENTREVISTA A MARTA GONZÁLEZ, PSICÓLOGA DE LA FUNDACIÓN VICKY BERNADET. 10 de diciembre de 2018

1. *¿Qué recursos ofrece la Fundación?*

Ofrece dos tipos de recursos:

- Servicios de atención a través del asesoramiento a víctimas y familiares y una orientación psicosocial.
- Servicios de sensibilización y formación.

2. *Número de casos que lleva el centro.*

Solo en 2018, a 10 de diciembre, han atendido 137 demandas y han realizado 33 psicoterapias individuales y 124 terapias grupales. Hay un grupo de mujeres que se reúne cada quince días durante una hora y media para hablar de sus experiencias y ayudarse mutuamente a superar las consecuencias que sufren cada una. En dicho grupo es muy importante que haya un entorno familiar y de confianza para favorecer las intervenciones sinceras de las víctimas.

Tienen lista de espera por falta de medios, ya que en la sede que tienen en Zaragoza solo hay dos psicólogas, Marta que trabaja a 2/3 de jornada y otra psicóloga contratada a 1/3 de jornada.

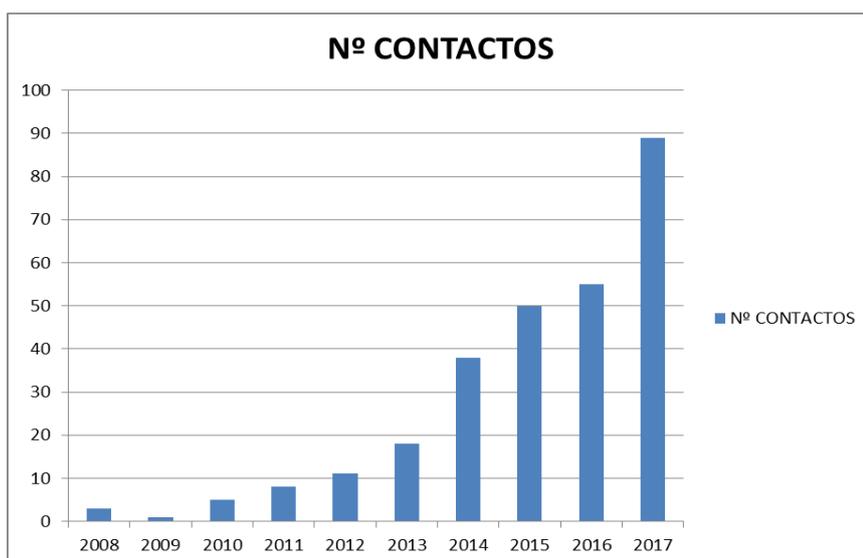
3. *¿Hay mucha diferencia entre el número de víctimas de sexo femenino y víctimas de sexo masculino?*

De las 137 demandas que han recibido en 2018, 121 eran mujeres, pero ese dato no significa que las niñas reciban más abusos sexuales que los niños con una diferencia tan grande entre ambos sexos, sino que, por lo general, a los hombres les da más vergüenza denunciar esos hechos.

4. *Según los datos que manejaís en la Fundación, ¿cuáles son las estadísticas de Abusos sexuales durante la infancia?*

Es muy difícil tener unas estadísticas reales en este tipo de casos puesto que los relatos de los menores suelen ser inconexos, imágenes sueltas, por lo que las denuncias suelen quedar como casos sobreseídos.

En los últimos años se realizan más notificaciones y denuncias sobre abusos sexuales, esto no significa que estos actos delictivos hayan aumentado en los últimos años, sino que anteriormente apenas se denunciaban. Actualmente la sociedad va adquiriendo mayor conciencia sobre la importancia de denunciar estos hechos y proteger a los menores aunque aún queda mucho recorrido para que la sociedad adquiera una adecuada sensibilidad ante esta problemática.



5. *¿Atendéis a más menores o más adultos que hayan sufrido abuso sexual durante su infancia?*

El número de casos suele ser más o menos igual.

6. *¿Cómo es el tratamiento y seguimiento de los casos que atendéis en la Fundación Vicky Bernadet?*

El tratamiento que se hace a las víctimas consiste en la realización de terapias de dos maneras: psicoterapias individuales, terapias en grupo y sesiones de psicorientación para padres.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

- Psicoterapias individuales a través del enfoque psicológico, cognitivo-conductual y ecléctico. El enfoque psicológico es muy personal para poder analizar el entorno general, observar cómo ha repercutido esa vivencia en la víctima y conseguir que tenga una vida lo más normal posible. Los enfoques cognitivo-conductual y ecléctico se trabaja a través de tres aspectos: físico (hay algunos casos de mucha violencia que llegan a producir infecciones severas que pueden incluso provocar esterilidad), psicológico y social. Los dos últimos aspectos son los que tienen más peso. En el caso de los menores se realizan 30 sesiones, de una hora de duración cada una de ellas, una vez por semana y en el caso de los adultos se realizan 30 sesiones de una hora y media cada quince días. Se van realizando evaluaciones periódicas para comprobar la mejora de cada uno de los pacientes.
- Terapias grupales. Éstas se realizan una vez al semestre y solamente van dirigidas a los adultos, no se realizan con menores.
- Psicorientación para padres. Se ofrece a los padres tres o cuatro sesiones al principio del tratamiento, de forma gratuita, para ayudarles a encajar la situación y darles pautas sobre cómo pueden apoyar a sus hijos en este proceso. En el caso de los menores, en cada sesión individual se procura dar un espacio a las familias para favorecer la recuperación psicosocial del menor.

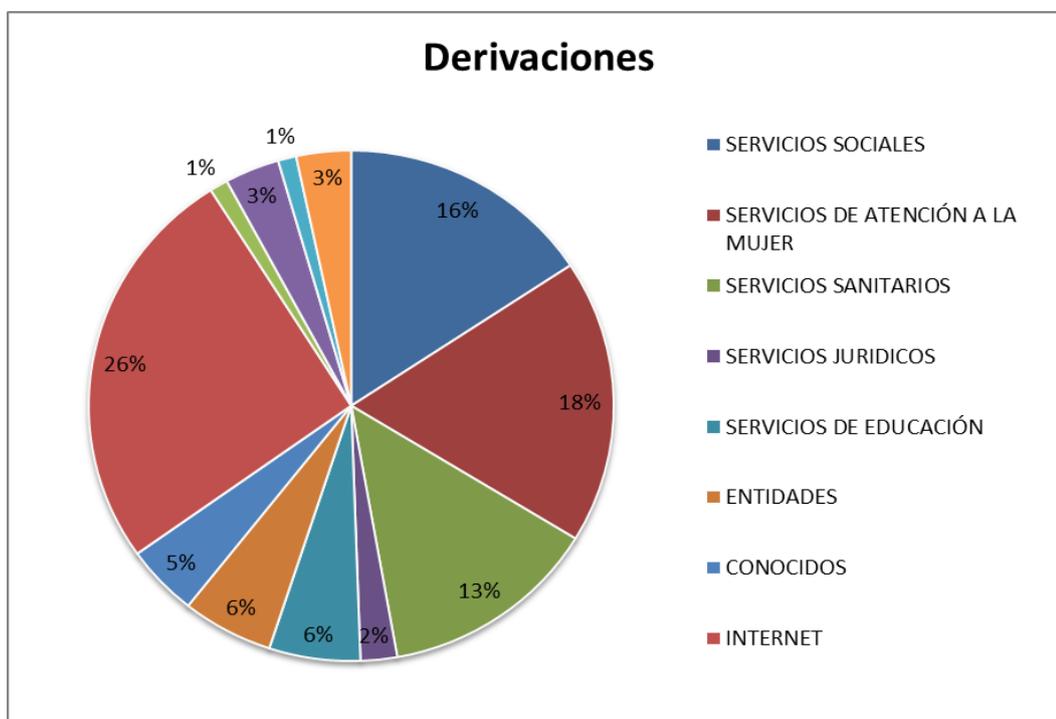
7. *¿Cuál es el precio de las terapias?*

En el caso de los menores las psicoterapias individuales son gratuitas y en el caso de las psicoterapias individuales a adultos el coste es de 60€ cada una de ellas, pero hay plazas subvencionadas por la DGA y el Ayuntamiento de Zaragoza en función de la renta de las víctimas. En rentas inferiores a 6.000€ anuales se subvenciona el 100% del coste de las sesiones y en el caso de rentas comprendidas entre los 6.000€ y los 10.000€ anuales se subvenciona el 50%.

8. *¿Qué organismos derivan los casos a esta fundación?*

La mayoría de los casos llegan de los servicios sociales, pero también reciben de los servicios de la mujer – el IAM-, los servicios sanitarios, de salud mental, atención primaria y la oficina de asistencia a víctimas.

De donde menos casos les derivan es de los colegios e institutos ya que las Ampas los suelen echar para atrás.



9. *¿Atienden todos los casos que les llegan?*

No, solo se atienden casos en los que las violaciones o abusos se hayan producido en su entorno más cercano por parte de una persona de confianza (un familiar, amigos de la familia, etc.), no cuando el agresor es un extraño, en tal caso se derivan a servicios sociales o a salud mental. En el caso de que la víctima todavía sea menor, solo se atienden aquellos casos que presentan sintomatología y que se hayan denunciado, puesto que se fomenta la importancia de denunciar los hechos, ya que al tratarse de hechos que en su gran mayoría solo se pueden demostrar con testimonios en los juicios se tienen muy en cuenta que el acusado tenga denuncias previas por delitos sexuales.

10. *¿Suelen tener un resultado favorable para las víctimas las denuncias por delitos sexuales en los juicios?*

No, los juicios suelen quedar como casos sobreesidos provisionalmente por falta de pruebas. Es por ello que es tan importante denunciar, ya que cuantas más denuncias tenga el agresor más credibilidad tendrán los testimonios de sus víctimas.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

En los casos en que el abusador tiene 14 años o menos no se le ingresa en un centro de menores, pero sí que se investiga su entorno para averiguar si su acción fue un patrón imitado. El equipo que lleva a cabo la investigación forma parte de la policía judicial y se denomina GRUME (Grupo de Menores).

11. ¿Qué tipo de formación ofrecen a los distintos profesionales implicados?

Se realizan cursos de formación para el cuerpo de policías y para otros profesionales implicados ofreciendo cursos gratuitos online y presenciales, algunos cursos se imparten en el centro Joaquín Roncal.

12. ¿Dónde se realizan las campañas de prevención?

Se realizan en colegios e institutos, en centros de tiempo libre, en centros socio-laborales y en talleres de prevención para personas en riesgo, por ejemplo en Adunare.

13. ¿Cómo puede un docente detectar más casos y ayudar a las víctimas en su recuperación?

Es importante que los profesores lleven un registro diario en el que vayan anotando el comportamiento de cada alumno, puesto que es una herramienta muy útil en los juicios y para la posterior terapia.

14. ¿Qué opinas que hace falta para frenar esta problemática social?

Hace falta mucha más formación, sensibilización y concienciación por parte de los profesionales. Tener claro cuál es el papel que tienen como profesionales, el cual es, sobre todo, la detección y servir de guía para la víctima y sus familiares. No hay que preguntar tanto, ese es trabajo solo del forense. Los docentes, sanitarios y servicios sociales deben colaborar más y tener claro dónde hay que derivar el caso, al GRUME si se va a poner una denuncia o a Servicios Sociales en el caso de que no se vaya a denunciar.

ANEXO 3

INDICADORES DEL MALTRATO INFANTIL

INDICADORES FÍSICOS	Presencia de lesiones	Magulladuras o moratones. Incoherencia en la explicación de lesiones. Quemaduras de origen sospechoso. Mordiscos correspondientes a una dentadura adulta. Cortes y/o fracturas frecuentes. Faltas de mechones de pelo. Derrames oculares.
	Relacionados con necesidades primarias (salud, higiene y alimentación)	El menor relata no haber desayunado antes de ir a la escuela o no haber hecho alguna de las comidas el día anterior. Comer con un apetito excesivo. Aspecto cansado o dormirse durante la jornada. Vestimenta inadecuada Falta de higiene personal o atuendo sucio Necesidades Médicas básicas sin atender Presencia de piojos o parásitos. Falta de control de esfínteres.
INDICADORES COMPORTAMENTALES	En las relaciones socio-familiares	Expresa miedo a sus padres o cuidadores. Disgusto ante la idea de volver a casa. Vuelve a casa sin la compañía de un adulto. Relata que sus padres le pegan. No le gusta hablar de su familia (mutismo aversivo). Expresa que no hay ningún adulto que se encargue de su cuidado. Tiene responsabilidades parentales con hermanos más pequeños. Se ausenta en la escuela para colaborar en el trabajo familiar. Vaga por la calle de manera continuada y/o manifiesta que no le dejan entrar en casa.
	Indicadores en la conducta y la personalidad	Muestra cierto rechazo al contacto físico. Aprensión ante el llanto de otros menores. Conducta agresiva con otros adultos o sus compañeros. Tendencia a la autolesión. Poco cuidado del material o incluso lo destroza. Llora sin justificación. Muestra demasiada responsabilidad. Reacción huidiza ante la recriminación. Tendencia al aislamiento, tristeza y mutismo. Busca llamar la atención frecuentemente. Le cuesta hablar de sí mismo y/o de su familia. Hiperactividad. Utilización de la amenaza para conseguir sus propósitos. Actitud prepotente y tirana con sus iguales. Suele mentir con frecuencia. Liderazgo en conductas antisociales. Exceso de complacencia, pasividad y poca exigencia. Comportamientos infantiles y/o adultos en relación a su edad. Pobre autoestima. Dificultades para la resolución de conflictos. Muestra desconfianza ante las promesas del adulto o actitudes positivas. Se adapta fácilmente a desconocidos. Constantes cambios en el comportamiento y el estado de ánimo. Intentos de suicidio. Conductas antisociales tales como fuga, vandalismo y pequeños hurtos.

Maltrato infantil por abuso sexual: una propuesta de intervención físico-deportiva

INDICADORES COMPORTAMENTALES	Rendimiento académico	Poca o nula colaboración en actividades grupales.
		Boicot a las actividades que se proponen.
		Falta de interés por ninguna actividad.
		Dificultades para la concentración.
		No realiza los deberes.
		Absentismo escolar
		Cambios bruscos en el rendimiento escolar.
		Muestra cansancio a la hora de realizar las tareas escolares.
		Falta de constancia en las actividades.
		Problemas de lenguaje oral/verbal.
		Suele dejar las tareas sin acabar.
		Presenta las tareas mal realizadas.
		Muestra dificultad de atención.
		Presenta problemas de aprendizaje.
	No tiene material escolar.	
	Sexualidad	Siente angustia ante el hecho de cambiarse de ropa en presencia de otras personas.
		Manifiesta expresiones, conductas y/o conocimientos sexuales impropios de su edad.
		Conductas sexuales inusuales con otros menores, con juguetes y consigo mismo.
		Comportamientos de seducción con adultos del sexo opuesto.
		Embarazo en edad adolescente.
Muestra miedo ante adultos del sexo opuesto.		
Dificultades para sentarse o caminar.		
Relata que ha sufrido abuso sexual por parte de familiares o personas a su cuidado.		
INDICADORES EN LOS PADRES	Extrema protección por parte de los padres. Los padres limitan el contacto de su hijo con otros menores, especialmente si son del sexo opuesto.	
	El menor expresa que duerme siempre con sus padres.	
	Consideran como apropiados el uso de métodos punitivos.	
	Falta de relación con el colegio.	
	Expresan una imagen negativa del menor.	
	Tienen expectativas exageradas hacia el niño y muestran con él un nivel muy alto de exigencia.	
	Tienden a culpar o despremiar al menor.	
	Rehúyen acudir a citas escolares.	
	Acuden al centro escolar mostrando síntomas de haber consumido alcohol o drogas.	
	Ignoran las necesidades físicas, emocionales y educativas del su hijo o hija.	
	Rechazo verbal hacia el menor.	
	Falta de límite ante comportamientos del menor, utilizando la justificación.	
	Desconocimiento y falta de comprensión ante las fases evolutivas del niño.	
	Ausencia de uno de los padres.	
Exceso de protección y/o actitud celosa ante el menor.		

Fuente: Elaboración propia a partir de Casión, J. M. et al. (2007)

ANEXO 4

HOJA DE REGISTRO DE OBSERVACIÓN

Nombre del alumno/a:

Actividad:

Sesión:

Completar la tabla siendo 1 el valor mínimo y 5 el valor máximo.

ITEMS A OBSERVAR	1	2	3	4	5
1. La/El alumna/o es capaz de realizar la actividad completa					
2. La/El alumna/o siente miedo durante el transcurso de la actividad					
3. La/El alumna/o se siente seguro mientras realiza la actividad					
4. La/El alumna/o confía en sus capacidades para poder realizar la actividad					
5. La/El alumna/o muestra un nivel de autoestima adecuado					
6. La/El alumna/o es capaz de relacionarse con sus compañeros/as en un grupo pequeño					
7. La/El alumna/o confía en su pareja para realizar la actividad.					
8. La/El alumna/o es capaz de relacionarse con sus compañeros/as en un grupo grande					
9. La/El alumna/o se siente incómodo al realizar la actividad delante de todos sus compañeros/as de clase.					
10. La/El alumna/o confía en los adultos presentes durante la actividad.					
11. La/El alumna/o es capaz de expresar los sentimientos y emociones que ha experimentado durante la actividad.					
12. La/El alumna/o es capaz de controlar y gestionar sus emociones durante la actividad					
13. La/El alumna/o rechaza el contacto físico por parte de otros compañeros					
14. La/El alumna/o rechaza el contacto físico por parte de los adultos presentes durante la actividad.					

OBSERVACIONES:

DESCRIPCIONES DE CONDUCTAS IMPROPIAS QUE CORRELACIONEN CON
EL MALTRATO: