



BAJO EL

MISMO TECHO



Save the Children

Análisis del itinerario de atención a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en Cantabria y propuesta de implantación del modelo Barnahus

Coordinación:

Emilie Rivas

Autoras:

Emilie Rivas

Marina Bartolomé

Noemí Pereda

Susanna Capell

Autoras investigación previa:

Marina Bartolomé

Noemí Pereda

Emilie Rivas

Arte y maquetación:

Alexandre da Silva

Edita:

Save the Children

Diciembre 2022

Agradecimientos: Son muchas las personas que han apoyado y colaborado en este trabajo. A todas ellas nuestro agradecimiento, en particular a aquellas que lo han estudiado, debatido y tan generosamente han realizado sus aportes. Entre ellos y ellas Alberto Porrás, Amador Priede, Ana Belén Blanco, Ana Dominguez, Ana Saez de Arana, Anabel Perales, Angela Arce, Aranzazu Martin, Carmen Rodriguez, Cristina Piedra, Cristina Salamanca, Elena Altuzarra, Eva Villaescusa, Francisco Javier Dávila, Héctor Balsa, Ignacio de la Puente, Irene Intebi, Jaime Serdio, José Luis López del Moral, Judith León, J. Lorenzo Guerra, Lara Cacenave, Laura Moreno, Lucía Obregón, M^a Eugenia Gómez, María Blanco, M^a Eugenia Gómez, M^a Eugenia Gutierrez, María Martinez, María Perez, Marisol Puebla, Marta Cabanzon, Marta Fernández, Marta Torre, Mercedes Lavin, Miguel Fonfria, Naiara Navarro, Oscar Fernández, Paloma Alejos, Rosana Haya, Sandra Alonso, Sandra Teran, Susana García, Vanessa Gasulla y Víctor Manuel Jarel.

Gracias también al trabajo previamente realizado por los equipos de Cataluña y Euskadi, que nos ha servido de guía y fuente de inspiración, y en particular a Iñasi Arruabarrena, Irene Intebi y Alberto Porrás por compartir su conocimiento y valiosa experiencia.



ÍNDICE

01 LA RESPUESTA ACTUAL A LA VIOLENCIA SEXUAL HACIA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN CANTABRIA

La situación de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en Cantabria

Dimensiones del problema en Cantabria: ¿qué sabemos?

Las consecuencias de la violencia sexual sobre los niños, niñas y adolescentes víctimas y sus familias

Mirar el abuso sexual infantil de frente y nombrarlo

El marco normativo cántabro para proteger a los/as niños/as víctimas de abuso sexual

Un circuito de atención confuso

Buenas prácticas

02 ¿QUÉ ES EL MODELO BARNAHUS?

Children's Advocacy Centers y Barnahus: ¿qué son y qué hacen?

El modelo de los Children's Advocacy Centers en los Estados Unidos

El modelo Barnahus en Europa

Estándares de calidad Barnahus

¿Dónde estamos en Cantabria? Aplicación de los estándares de calidad a la situación de Cantabria

03 CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO SOBRE LA SITUACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL A CANTABRIA

04 PROPUESTA PILOTO DE UNA BARNAHUS EN CANTABRIA

Las Barnahus en Cantabria: ¿Qué pueden aportar?

Las aportaciones de la Ley Orgánica 8/2021 para la implementación del modelo Barnahus

¿Cómo podría ser la Barnahus en Cantabria?

05 PROPUESTAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de violencia sexual contra la infancia y la adolescencia, todo lo que no es prevención es llegar demasiado tarde, es llegar una vez que un niño, niña o adolescente ha sido abusado. Llegamos tarde.

Delante de esta situación tan aterradora, la calidad de la intervención ofrecida a los niños, niñas o adolescentes víctimas es esencial, es fundamental para que puedan recuperarse.

Desafortunadamente, si analizamos de cerca el sistema de atención a estos niños, niñas y adolescentes en España, y también vigente en Cantabria, podemos llegar a la conclusión que la respuesta actual todavía no se encuentra a la altura de la problemática y, en lugar de ofrecer una protección eficiente a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, se les propone un proceso largo y complicado que no facilita su recuperación.

Existe una multitud de servicios para atender los casos de violencia sexual infantil, pero lejos de mejorar la recuperación de estos niños, niñas y adolescentes, y lejos de sumar, **el sistema vigente de momento resta, provocando en el niño o niña la llamada victimización secundaria, que se refiere al sistema que en lugar de curar provoca más daño.**

Ha llegado el momento de dar un paso adelante, un paso decisivo en la protección eficaz de estos niños, niñas y adolescentes. Este paso lo han dado ya muchos países que han dejado de responder de manera reactiva a las consecuencias de la violencia sexual, para adoptar una actitud y una estructura proactiva ante este problema.

Este paso implica una cooperación sólida entre las diversas instituciones y sectores implicados en estos casos. En los Estados Unidos y en muchos países europeos, **los departamentos de justicia, interior, protección a la infancia y adolescencia, y salud trabajan juntos, bajo el mismo techo**, para ofrecer a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual la mejor atención posible, rápida, coordinada y eficiente, que favorezca su recuperación. Aquí también en Cantabria es el momento de poner a la infancia en el centro y cambiar el sistema vigente **para hacerlo más eficiente y más adaptado a las necesidades de la infancia víctima.**

Desde Save the Children no podemos quedarnos con los brazos cruzados ante el sufrimiento de estos niños, niñas y adolescentes y queremos aportar soluciones que reduzcan su sufrimiento. Ante esta situación nuestra responsabilidad ha consistido en identificar las mejores prácticas que se están poniendo en marcha en otros países para atender a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Las hemos encontrado y aquí las presentamos.

LA RESPUESTA A LA VIOLENCIA SEXUAL HACIA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CANTABRIA

¿Qué es la violencia sexual y cuáles son sus consecuencias?



La violencia sexual hacia los niños, niñas y adolescentes toma múltiples formas. En la mayoría de casos los perpetradores no son desconocidos, sino que pertenecen al entorno cercano del niño, niña o adolescente. En los últimos años, las redes sociales se han convertido en un nuevo escenario para la victimización sexual.

La edad de consentimiento sexual en España se sitúa, de acuerdo al Código Penal, en 16 años. La realización de actos de carácter sexual con menores de esa edad es delito, salvo que se trate de relaciones consentidas con una persona próxima por edad y grado de desarrollo y madurez.

Acrónimos utilizados en este documento: CA Comunidad Autónoma, SSAP Servicios Sociales de Atención Primaria, SIAF Subdirección Infancia Adolescencia y Familia, USMIJ Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil, CIAI Centro Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género, IMLCF Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

La situación de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en Cantabria

Dimensiones del problema en Cantabria: ¿qué sabemos?

Según estudios de prevalencia realizados a nivel internacional¹, se estima **que entre el 10-20% de los niños, niñas y adolescentes pueden haber sufrido violencia sexual durante su infancia**. Estos estudios indican también que no todos los niños, niñas y adolescentes tienen el mismo riesgo de ser victimizados. **La prevalencia es mayor en mujeres que en varones y en determinados subgrupos más vulnerables, como los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales** -con un riesgo entre tres y cinco veces mayor que sus iguales- o los que sufren desprotección en sus familias, particularmente negligencia.

Aunque no hay estudios de prevalencia de la violencia sexual en España, los datos disponibles muestran cifras similares.²

¿Realmente hay tantos niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en Cantabria?, ¿cuáles son sus características?, ¿qué tipo de violencia han sufrido?, ¿cuál es la evolución del problema?

No tenemos respuesta. No disponemos de ningún estudio de prevalencia en Cantabria ni estadísticas oficiales que permitan disponer de una panorámica precisa de las dimensiones globales y la evolución del problema. Lo que sí podemos estimar, a partir de las cifras de prevalencia internacionales y del censo que se ha hecho en Santander³ en 2021, es que, de los 24.219 menores de edad de la capital de Cantabria, alrededor de 2.500 y 5.000 niños, niñas y adolescentes han sufrido o sufrirán algún tipo de violencia sexual antes de los 18 años.

1 Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. y Tonia, T. (2013) The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58, 469-483.

Child Welfare Information Gateway (2018). The risk and prevention of maltreatment of children with disabilities. U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. y Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373(9567), 68-81.

Jones, L., Bellis, M.A., Wood, S., Hedges, K., McCoy, E., Eckley, L., Bates, G., Mikton, C., Shakespeare, T. y Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-907.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, A. y Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33, 331-342.

Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M. y Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16, 79-101.

2 Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, 37, 127-133.

3 <https://www.santander.es/ciudad/santander/cifras>

Casos de violencia sexual infantil recogidos por los diferentes servicios:



⁴ 12 niñas y 2 niños fueron atendidos por motivo de abuso sexual infantil en 2020.

⁵ Durante la elaboración de este informe las actividades realizadas por la ONG CAVAS cambiaron. Este informe hace referencia a las intervenciones de valoración y atención terapéutica que realizaba la ONG en 2021 pero que dejó de hacer en 2022, dedicándose enteramente a partir de esta fecha, a la sensibilización del ASI en los centros educativos.

FALTA DE DATOS SOBRE LA AMPLITUD DEL PROBLEMA

En Cantabria no sabemos ni cuántos casos de violencia sexual se detectan ni cuáles son sus características. No hay un registro unificado. Cada servicio que atiende a estos niños, niñas y adolescentes tiene su propio registro, o no tiene estos datos recogidos. No todos ellos están accesibles y no incluyen la misma información. Los datos disponibles proporcionan una panorámica **fragmentada, parcial y confusa**. La única conclusión es que esas cifras están muy lejos de las estimaciones de los estudios de prevalencia.

El problema de la ausencia de datos es coincidente con las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid o Euskadi.

Un problema inmenso pero muy desconocido

La violencia sexual tiene graves repercusiones para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes víctimas. La carencia de datos oficiales contribuye negativamente a mantener el secretismo y dificulta la orientación de recursos para tratar esta grave problemática.

Lo que no es visible no se puede tratar.

No se puede dar respuesta a un fenómeno de dimensiones desconocidas.

Las consecuencias de la violencia sexual sobre los niños, niñas y adolescentes víctimas y sus familias⁶

La investigación ha constatado que la violencia sexual es un **factor de riesgo** para la aparición de problemas psicológicos, comportamentales, interpersonales y de salud significativos en la infancia, adolescencia y madurez, así como el **riesgo de victimizaciones posteriores** (incluyendo victimización sexual).

6 Berliner, L. (2011). Child sexual abuse: Definitions, prevalence, and consequences. En J.E.B. Myers (Ed.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (3rd ed., pp. 215–232). Sage.

Cantón-Cortés, D. y Cortés, M.R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31, 552-561.

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J.M. y Goldbeck, L. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16, 476-493.

Fisher, C., Goldsmith, A., Hurcombe, R. y Soares, C. (2017). The impacts of child sexual abuse: A rapid evidence assessment. *The Independent Inquiry into Child Sexual Abuse*. <https://www.iicsa.org.uk/publications/research/impacts-csa>

Pereda, N. (2009) Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual. *Papeles del Psicólogo*, 30, 135-144.

Pereda, N. (2010) Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual. *Papeles del*

Sin embargo, no hay relación directa e inevitable entre ser víctima de violencia sexual en la infancia y adolescencia y la aparición de problemas significativos. El **efecto de la violencia sobre el niño, niña y adolescente depende de múltiples factores**, como la presencia de factores de vulnerabilidad propios o en su entorno, la naturaleza de la violencia sufrida, y la respuesta y apoyo proporcionados por su entorno.

Los estudios realizados sugieren que **entre el 20 y 30% de los niños, niñas y adolescentes víctimas son “resilientes”**, es decir, mantienen un funcionamiento adecuado tras la experiencia de victimización, sin síntomas de malestar. No obstante, aun cuando inicialmente no aparezcan síntomas de malestar, **esta experiencia nunca es inocua o neutra**.

Afortunadamente, la investigación muestra que la mayoría de niños, niñas y adolescentes mejora con el **apoyo de su red natural**.

Pero los **síntomas de malestar pueden aparecer tiempo después -incluso años- de la victimización**. Diversos estudios han constatado, por ejemplo, que niños y niñas víctimas inicialmente asintomáticos pueden empeorar más tarde; entre el 10-20% podrían hacerlo en los 12-18 meses siguientes.

Hay también **niños, niñas y adolescentes que empeoran con el tiempo (podría situarse entre el 10-24%) o que presentan síntomas de daño severo** derivado, en general, de factores de vulnerabilidad previos. Son niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental, dificultades severas de comunicación, o que han vivido previamente experiencias adversas, traumáticas o de victimización intra o extrafamiliar severas o persistentes.

¿Y sus familias?

La experiencia de victimización sexual no sólo tiene consecuencias negativas en las víctimas, sino también puede tenerlas en sus familias, **afectando todos los aspectos de sus vidas, incluyendo sus relaciones interpersonales y su estabilidad personal, a corto, medio y largo plazo**.

La investigación muestra que el porcentaje de padres y madres no ofensores que desarrollan síntomas significativos de malestar emocional y de trauma secundario o vicario tras la victimización sexual de su hijo o hija es elevado. Esto puede **dificultarles proporcionar el apoyo que el niño, niña o adolescente necesita**, existiendo el riesgo de implicarse en un círculo vicioso en el que el niño, niña o adolescente vea reducidas sus posibilidades de afrontar exitosamente la experiencia sufrida.

Aunque hay menos investigación sobre el impacto de la violencia sexual en **los hermanos y hermanas y en otros familiares**, se ha constatado que también puede tener un impacto negativo en ellos. Algunos estudios han encontrado que los hermanos y hermanas experimentan **síntomatología internalizada y externalizada similar a las víctimas** -incluyendo síntomas de depresión y ansiedad- y sentimientos de culpa, confusión o cólera.

Mirar el abuso sexual infantil de frente y nombrarlo

El abuso sexual infantil es una forma de victimización caracterizada por el secreto y el silencio. No es fácil asumir que ocurre y existe un gran tabú que dificulta hablar de ello. Por este motivo, nombrarlo correctamente es el primer paso para reconocer y hacer visible este grave problema social.

Según la perspectiva más actual, el abuso sexual infantil es una forma de violencia interpersonal o victimización en la que se daña a un niño o niña por el comportamiento contrario a las normas sociales de otra persona o grupo de personas⁷. Entre las múltiples formas de victimización que existen, **la victimización sexual es probablemente la más oculta y la que menos se notifica a las autoridades**⁸.

Una de las dificultades particulares de los diversos recursos y manuales disponibles en Cantabria es el uso del término desprotección para referirse a las diversas formas de violencia contra la infancia⁹. Se trata de un concepto genérico y poco operativo, que genera importantes dudas y confusión a los profesionales cuando deben identificar una situación de violencia contra la infancia y, especialmente, cuando deben notificar sus sospechas respecto a un posible caso de abuso sexual infantil.

Equiparar ambos términos no es correcto ni desde una perspectiva académica ni desde una perspectiva profesional. Es posible que el/la menor víctima tenga a su lado a una persona adulta cuidadora y protectora, que puede ayudarle y darle apoyo pero, no por ello, deberemos dejar el caso en manos de este adulto, sino que nuestra obligación profesional será la misma: notificar nuestras sospechas y ofrecer recursos públicos para la evaluación e intervención. **Considerar que los niños y niñas que disponen de un contexto protector no son nuestra responsabilidad es abandonar a una parte de las víctimas de abuso sexual y pensar sólo en recursos para aquellos casos que requieren de la intervención del sistema de protección.**

Debemos ser conscientes que no todas las víctimas de abuso sexual están desprotegidas, ni todos los niños y niñas en situación de desprotección sufren abuso sexual.

7 Finkelhor, D. (2008). Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people. Oxford University Press.

8 Véase el informe de Save the Children 'Ojos que no quieren ver'.

9 Un ejemplo del uso de este término se encuentra en el Manual de actuación en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Volumen 7. Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el Sistema Sanitario de la Dirección General de Políticas Sociales del Gobierno de Cantabria, publicado en el año 2010.

Pero, además, por otro lado, entender que el niño o niña es sólo objeto de protección y no sujeto de derechos viola el reconocimiento jurídico establecido en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989) y no se encuentra en línea con el paradigma actual de tratamiento a la infancia. **Los niños, niñas y adolescentes tienen que ser reconocidos y respetados en sus derechos, con igualdad de condiciones que los adultos, con reconocimiento de su participación como sujetos activos de cambio dentro de todos los espacios sociales en que se desarrollan.**

Para que los niños dejen de ser considerados meros objetos de protección y lleguen a ser vistos como sujetos activos de derechos, es necesario cambiar de mirada y pasar del paradigma de la desprotección al enfoque de la victimización, que pone el niño víctima al centro de la intervención.

El marco normativo cántabro para proteger a niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual

La protección de los niños, niñas y adolescentes frente a los abusos sexuales entre otros tipos de malos tratos viene recogida en diversos textos legales, entre los que destacamos a nivel internacional la **Convención de los Derechos del Niño** adoptada por las Naciones Unidas en 1989 y que España ratificó en 1990.

A nivel nacional la **Constitución Española** recoge la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y, dentro de ésta, la protección integral de los hijos e hijas.

La Comunidad Autónoma de Cantabria asumió esta responsabilidad en su **Estatuto de Autonomía** del 1982 que se regula en la **Ley 8/2010, de 23 de diciembre, de Garantía de Derechos y Atención a la Infancia y la Adolescencia**, antigua Ley 7/1999. Esta ley encomienda la protección de la infancia y la adolescencia a la Administración autonómica de Cantabria y establece entre las responsabilidades del Sistema Público de Servicios Sociales el establecimiento de pautas de cooperación con los sistemas sanitario y educativo.

El **Decreto 58/2002, actualizado en 2011** desarrolla los Procedimientos Relativos a la Protección de Menores y a la Adopción y se regula el Registro de Protección de la Infancia y Adolescencia, **estableciendo la competencia en protección y tutela de menores corresponde a la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales a través de la Dirección General de Acción Social.**

El Decreto 58/2002 recoge las definiciones de “riesgo” y su declaración administrativa (arts. 6 y 8), “desamparo” y la declaración del mismo (arts. 9, 10 y 23).

Por otra parte, **la Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales establece las funciones y programas de los Servicios Sociales de Atención Primaria (art. 15) y aquellos de los de Atención Especializada (art. 17) dependientes del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS).**

El 26 de abril de 2007 el Consejo de Gobierno aprobó el Plan de Acción para la Infancia y la adolescencia en dificultad social también llamado Plan de Infancia impulsado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Recoge entre sus previsiones la elaboración de un **Manual de Actuación en Situaciones de Desprotección Infantil**, un instrumento técnico para la detección, notificación, evaluación, diagnóstico e intervención en situaciones de desprotección infantil, y se desarrolla en nueve volúmenes, recogiendo las responsabilidades de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) y los Servicios Sociales de Atención Especializada (SSAE), así como las definiciones de “riesgo de desprotección”, “desprotección”, “desprotección moderada”, “grave”, “grave con riesgo de desamparo inminente”, “grave con desamparo”.

Por lo tanto, los centros territoriales de Servicios Sociales son los encargados de coordinar las actuaciones y derivaciones entre los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) y los Servicios Sociales de Atención Especializada (SSAE) de la Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familia (SIAF).

A su vez, los SSAP -dependientes de los Ayuntamientos- son los encargados de intervenir en situaciones de:

- Riesgo de desprotección
- Desprotección moderada

Y el SIAF -dependiente del Gobierno de Cantabria- es el encargado de evaluar y diagnosticar las situaciones de:

- Desprotección grave:
 1. Requieren la separación temporal o permanente de la niña, niño o adolescente de su entorno familiar y/o
 2. Haya un riesgo de separación inminente.

Un circuito de atención confuso

Detección y Notificación

En Cantabria, una vez que un niño, niña o adolescente habla con alguien sobre la violencia sexual que está sufriendo, el camino a seguir resulta complejo. Por eso muchas veces estas situaciones no se notifican.

A pesar de ser una obligación legal, muchos casos no llegan a ser notificados por los/as profesionales o personas adultas cercanos al niño, niña o adolescente¹⁰.

La falta de formación profesional en este ámbito constituye uno de los problemas más graves.

Al desconocimiento del problema y a la confusión que provoca la revelación de un caso de violencia sexual infantil se añaden:

1

El **desconocimiento sobre el significado e implicaciones de algunos conceptos**, como sospecha, detección, notificación y denuncia.

2

La **multiplicidad de agentes** a quienes puede dirigirse la persona que conoce o sospecha de un caso de abuso.

3

La **falta de coordinación** entre ellos.

4

Los **distintos y fragmentados protocolos de actuación** en casos de maltrato y violencia sexual en la infancia y adolescencia.

5

La **poca claridad** que existe a lo largo del proceso.

6

La **desconfianza en el sistema judicial**.



¹⁰ Greco,A.M., Guilera, G. y Pereda, N. (2017). School staff members experience and knowledge in the reporting of potential child and youth victimization. Child Abuse & Neglect, 72, 22-31.

Algunos datos de la encuesta de Universidad de Cantabria

A pesar de ser una de las instituciones que más ventajas presenta para detectar y notificar nuevos casos de maltrato y abuso sexual infantil, los estudios llevados a cabo en España muestran que, en el ámbito educativo, un elevado porcentaje del profesorado tiene importantes dificultades para hacerlo. **La falta de formación es uno de los principales motivos que los profesionales aluden como barrera a la hora de detectar y notificar estas situaciones**¹¹.

Se necesitan criterios claros, definidos en protocolos consensuados que activen respuestas precisas.

Esta falta de formación conlleva errores de actuación, como pensar que, para poder notificar una sospecha, se debe estar seguro de que se está produciendo un caso de victimización o que si la cultura de pertenencia de la víctima es más tolerante al maltrato, no sería necesario notificarlo¹². Por ello, es clave que el ámbito educativo asuma el deber de notificar este tipo de sospechas con independencia de la cultura y sin la necesidad de tener la certeza de que se están produciendo malos tratos.

Dentro de esta falta de formación y conocimiento, se encuentra también la dificultad para reconocer las señales o indicadores de las distintas tipologías de maltrato, especialmente del abuso sexual, lo que dificulta la detección.

81% del profesorado no ha recibido formación en violencia contra la infancia.

11 Cerezo, M. Á., & Pons-Salvador, G. (2004). Improving child maltreatment detection systems: a large - scale case study involving health, social services, and school professionals. *Child Abuse & Neglect*, 1153-1169.

12 Greco, A. M., Guilera, G., & Pereda, N. (2017). School staff members experience and knowledge in the reporting of potential child and youth victimization. *Child Abuse & Neglect*, 72, 22-31.

**Sólo 28% de los/
las profesores
conoce los
factores de riesgo
para identificar
casos de violencia
infantil.**

**73% del
profesorado ha
tenido sospechas
pero sólo un 42%
lo ha notificado.**

En un estudio llevado a cabo desde la Universidad de Cantabria¹³, contando con la colaboración del Centro de Profesorado de Cantabria (CEP), se encuestó a **273 profesionales¹⁴ del ámbito educativo sobre sus conocimientos en victimización infantil y sus actuaciones al respecto.**

- **38% de las personas encuestadas declaró estar familiarizado con el concepto de victimización infantil.**
- **81% reconoció no haber recibido formación en esta área.**
- **28% afirmó conocer los factores de riesgo** necesarios, tanto en los menores como en las familias, para identificar posibles casos de victimización infantil.
- **73% reconocieron haber tenido sospechas** de al menos un caso de victimización durante su trayectoria, pero solo un **42% lo notificó a instituciones externas al centro.**
- **40% desconoce si hay un protocolo** de notificación de malos tratos en el centro educativo.

Existe otro problema respecto al gran desconocimiento de los profesionales sobre el procedimiento de notificación.

- **54% no sabe si la notificación se puede realizar de forma anónima.**
- **44% desconoce si necesita contar con el acuerdo del director/a** del centro para notificar una sospecha.
- 68% no sabe si existe riesgo a ser demandados por la familia en caso de que la sospecha no sea cierta.
- 60% duda si una notificación pone en conocimiento el caso a un juez.

Con esta misma muestra, la Universidad de Cantabria, junto a la Universidad de Barcelona¹⁵, también ha analizado las razones que los profesionales aluden para no notificar casos detectados. Entre los motivos destacan:

- el haber considerado que el caso no era suficientemente grave,
- no disponer de suficientes conocimientos para llevar a cabo una notificación,
- considerar que no es una tarea que le corresponda a un maestro/a.

13 Trabajo de Fin del Grado de Maestro en Educación Primaria de la Universidad de Cantabria, realizado por Alexandra Campo Gómez y dirigido por Eva Gómez Pérez, titulado 'Formación y conocimiento de los profesionales educativos en torno al maltrato infantil' (2018).

14 Perfil de los profesionales entrevistados: (88,3% mujeres y 11,7% hombres) de entre 23 y 65 años. Los participantes eran maestros de Educación Infantil (13,5%), maestros de Educación Primaria (59,7%), Profesorado de Secundaria (8,1%) y maestros de Educación Especial (5,9%). El resto de la muestra ocupaba otras funciones como dirección (5,9%), orientación (5,1%), especialistas (3,3%) o profesorado de apoyo (4,4%).

15 Véase, Greco, A. M., Gómez, E. P., Pereda, N., Guílera, G., & González, I. S. (2020). Why do school staff sometimes fail to report potential victimization cases? A mixed-methods study. *Journal of Interpersonal Violence*. DOI: 0886260520969243.

ACTORES IMPLICADOS EN LA DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN

Profesionales y población en general.

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
Obligación legal de notificar La obligación de notificar cualquier situación de riesgo o posible desamparo de un niño, niña o adolescente, especialmente de carácter sexual, queda recogida de forma explícita en la legislación estatal de protección a la infancia y adolescencia (art. 13, Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia). • Esta obligación está también recogida en la legislación autonómica cántabra (art.44, Ley 8/2010), según la cual <i>“Toda persona, y especialmente la que por su profesión o función relacionada con la infancia y la adolescencia detecte una situación de posible desprotección, tiene obligación de prestar la atención inmediata que la persona menor precise, de actuar si corresponde a su ámbito competencial o, en su caso, de comunicarlo a las autoridades competentes o a sus agentes más próximos.”</i> • La nueva Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia refuerza el deber de comunicación de la ciudadanía en general y el deber cualificado de los y las profesionales que trabajan habitualmente con niños, niñas y adolescentes.	Incumplimiento de la obligación legal de notificar • La población general y muchos profesionales desconocen su obligación de notificar sus sospechas y dónde y cómo hacerlo. Hay también desconocimiento sobre las consecuencias de la notificación, lo que puede retraer el proceso pensando que la persona que notifica puede verse involucrada en procesos policiales o judiciales o comprometerse socialmente. • La omisión de notificar una sospecha es difícil de demostrar, lo que implica que a menudo queda impune.

Aspectos positivos

Existencia de iniciativas para el fomento de la detección y notificación de sospechas de violencia sexual

- Desde 2011 existe el Manual Cantabria Vol. 8 para la detección y notificación de casos de desprotección desde el ámbito educativo. Las indicaciones son claras y aquellos profesionales que lo conocen acostumbran a seguirlas.
- Existen tres documentos de notificación de sospecha de maltrato infantil por edades, diferenciando de los 0 a los 6 años, de los 6 a los 12 años y de los 12 a los 18 años. Incluye datos de utilidad como indicadores físicos comportamentales y de la familia.

Los servicios sociales presentan un entorno adecuado para la recepción de sospechas de abuso sexual infantil. Al tener un contacto cercano con las familias y con las escuelas, así como experiencia en el ámbito de la desprotección, podrían ser un escenario adecuado para la detección y la notificación de los casos de abuso sexual. El artículo 41 Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, otorga a los Servicios Sociales la condición de agente de la autoridad, ampliando sus responsabilidades. El artículo 42 de la misma Ley, recoge que las administraciones públicas competentes dotarán a los Servicios Sociales de atención primaria y especializada, de profesionales y equipos de intervención familiar y con la infancia y la adolescencia, especialmente entrenados en la **detección precoz, valoración e intervención frente a la violencia ejercida sobre las personas menores de edad.** Sí que se especifica que en aquellas situaciones que se consideren de **especial gravedad** por la tipología del acto violento, especialmente en los casos de **delitos de naturaleza sexual**, se requerirá de la **intervención de un profesional especializado** desde la comunicación o detección del caso (artículo 43).

Necesidades de mejora

Las iniciativas para el fomento de la detección y notificación de sospechas son insuficientes

- No todos los casos de abuso sexual corresponden con la definición de “desprotección”, por lo que las indicaciones pueden ser confusas para estas situaciones.
- Hay centros y profesionales del ámbito educativo que no utilizan o desconocen el Manual Vol. 8 para la detección y notificación de casos de desprotección desde el ámbito educativo. Es necesario incidir también en la diseminación del Manual al personal no docente, pues representan una fuente de detección muy importante.
- El manual da indicaciones sobre cómo realizar una entrevista. Esta información puede confundir sobre el papel del profesorado, quien puede pensar que debe interrogar el niño o niña cuando su papel se debería limitar a notificar cualquier sospecha, sin preguntar al niño o niña sobre esta.
- El único estudio que se ha llevado a cabo sobre la detección y notificación de formas de victimización infantil por parte de los profesionales del ámbito educativo en Santander muestra que éstos presentan escasos conocimientos y muchas dudas respecto al proceso que deben seguir¹⁶. Facilitar un protocolo claro es una necesidad urgente en este contexto.
- Existe un sesgo en la detección provocado por las indicaciones del manual que pone el acento en los indicadores físicos cuando estos no están presentes en la gran mayoría de los casos, y que la evidencia empírica ha demostrado que la detección de las violencias sexuales pasa por la detección de indicios actitudinales¹⁷.

Los casos conocidos son solo aquellos que se notifican o se denuncian y éstos representan solo la punta de un iceberg mucho más grande donde se esconden la mayoría de los casos que no salen nunca a la luz.

16 Véase, Greco, A. M., Gómez, E. P., Pereda, N., Guilera, G., & González, I. S. (2020). Why do school staff sometimes fail to report potential victimization cases? A mixed-methods study. *Journal of Interpersonal Violence*. DOI: 0886260520969243.

17 Volumen 2 Procedimiento y criterios de actuación de los servicios sociales de atención primaria de la Consejería de Empleo y Bienestar Social.

¿Cómo mejorar la detección del abuso sexual infantil?

El abuso sexual infantil no es un trastorno psicológico ni una condición clínica, no existiendo un conjunto de síntomas que permitan detectarlo con absoluta certeza y seguridad. No existe un patrón de síntomas único, impidiendo establecer un síndrome que defina y englobe los indicadores emocionales, conductuales y sociales que se relacionan con la experiencia de abuso sexual.

Estos indicadores múltiples suponen la manifestación de la respuesta del niño o niña ante una situación vital adversa, en función de variables relacionadas con sí mismo y con su desarrollo, así como con el apoyo familiar del que disponga y con los recursos sociales que se le ofrezcan.

Los indicadores físicos del abuso sexual infantil son poco frecuentes, extraordinariamente variables y, en muchos casos, compatibles con otro tipo de lesiones no relacionadas, provocando que sea muy difícil detectar estos casos de abuso sexual infantil a partir de hallazgos físicos.

En la mayor parte de casos, los hallazgos físicos son nulos en estas víctimas y, por tanto, un examen físico normal no debe excluir la posibilidad de que un abuso sexual haya tenido lugar¹⁸.

Entre los indicadores psicológicos destacan:

- la conducta sexualizada o los comportamientos erotizados, inapropiados para el estadio de desarrollo en el que se encuentra el/la menor;
- los síntomas depresivos, principalmente la tristeza y el aislamiento;
- la sintomatología postraumática como pesadillas, repetición del trauma a través del juego y los dibujos;
- conductas de hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto¹⁹.

18 Pereda, N. (2010). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 12(46), 273–285

19 Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 3–13.

En la valoración de la sospecha de abuso sexual también se tienen en cuenta diversos factores de riesgo relativos al contexto familiar de la víctima, que no pueden ser considerados indicadores directos, pero cuya conjunción puede constituir un contexto favorecedor para los abusos.

A su vez, el análisis de estos factores aporta información relevante para determinar si el entorno habitual del/de la menor puede configurarse como un contexto de protección después de la revelación del abuso, así como servir de guía para la intervención posterior con la familia. **El análisis del contexto familiar** suele realizarse a partir de entrevistas, visitas domiciliarias y el contacto con otros profesionales del entorno del niño o niña (profesores/as, pediatras, monitores/as, etc.) y tiene como objetivo recoger información relativa a la estructura y dinámica familiar, capacidades parentales, red de apoyo social y antecedentes de maltrato y abuso en los cuidadores.

La presencia en un/a menor de indicadores físicos, psicológicos y sociales no implica que el abuso sexual se haya producido, del mismo modo que su ausencia no supone que el abuso sexual no se haya producido. En este sentido, la detección de estos casos es una tarea hartamente compleja y que merece una especial atención por parte de los/las profesionales, a los que se les exige estar capacitados para la evaluación y la intervención con menores víctimas.

La evaluación del abuso sexual infantil siempre debe ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, principalmente formado por un/a profesional de la psicología, del trabajo social, de la pediatría, que evaluarán los indicadores psicológicos y físicos, así como los factores de riesgo social, que se han encontrado frecuentemente en estas víctimas, sin perjuicio que otros profesionales puedan aportar una perspectiva enriquecedora a la información del caso²⁰.

20 Pereda, N., & Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(1), 19–25.

¿Por qué la violencia sexual hacia los niños, niñas y adolescentes no se notifica?



Los principales motivos para no notificarlo son:

- **Falta de conocimiento del problema.** Profesionales y población civil no conocen los indicadores de detección ni son conscientes de la importancia de notificarlo.
- **Desconocimiento del deber cívico y obligación legal** de toda la ciudadanía de denunciar estas situaciones.
- **Percepción errónea del rol** que uno tiene sobre su propia **responsabilidad profesional**, atribuyendo la responsabilidad de la notificación a otro profesional.
- **Consecuencias negativas** sobre la familia del niño, niña o adolescente o en el puesto de trabajo.
- **Miedo a los conflictos con la familia** de la víctima o a los efectos que pueda conllevar implicarse en un proceso judicial.
- **Consideración de que estas situaciones deben resolverse dentro de la familia**, particularmente cuando la violencia sexual es intrafamiliar.
- **Percepción del sistema judicial como ineficaz**, entendiendo que no castigará al abusador y, por lo tanto, vale más la pena proteger a la víctima por otros medios.

Todas estas atribuciones obstaculizan gravemente la notificación de la violencia sexual hacia la infancia y la adolescencia y contribuyen a mantener en silencio la gran mayoría de casos.

Recepción y atención inicial de notificaciones

En Cantabria hay **más de 300 puntos de entrada formalmente designados** para recibir las notificaciones de posibles casos de violencia sexual a niños, niñas y adolescentes.

Se trata de un número muy elevado de puntos de entrada que, además, pertenecen a distintos sistemas -Sanidad, Justicia, Servicios Sociales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad - y en cada uno de ellos intervienen muchos profesionales y equipos diferentes. **Una respuesta o actuación inadecuada o descoordinada de este conjunto de sistemas y servicios puede generar un daño adicional en el niño, niña o adolescente, lo que se entiende por victimización secundaria**, contribuyendo a agravar el daño psicológico generado por la victimización primaria o a cronificar sus secuelas.

A pesar de existir tantos puntos de entrada, hay desconocimiento o confusión entre las personas que pueden detectar e informar de un posible caso de violencia sexual -progenitores, profesionales en contacto con los niños, niñas y adolescentes, población general, víctimas-sobre dónde acudir y qué va a suceder en ese lugar.

Resulta imprescindible coordinar la actuación de los distintos profesionales, equipos y servicios implicados en la recepción de notificaciones. El esfuerzo ha de implicar a todos los agentes y ser constante. Las iniciativas aisladas o no estables no serán eficaces. Hay que asegurar una respuesta coherente, ágil y adecuada del conjunto del sistema.

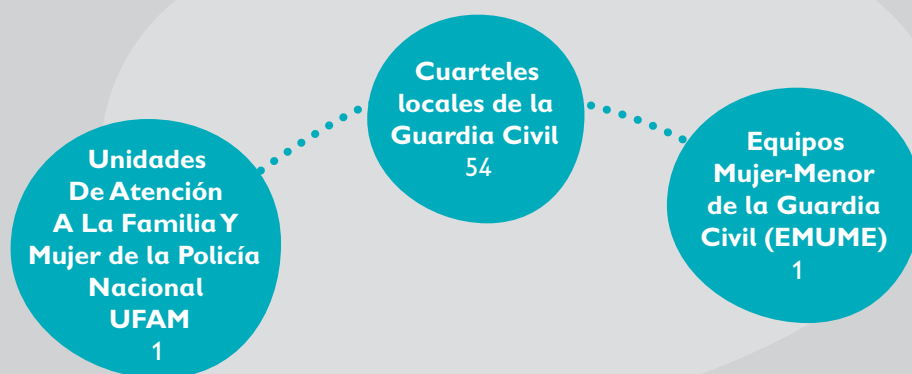
**El hecho de
que existan tantos agentes
involucrados no debe convertirse en
obstáculo para descubrir y actuar ante los casos
de violencia contra la infancia y la adolescencia.
Todos ellos deben estar coordinados bajo un marco único
y común, para dar una respuesta inmediata y eficaz de
protección a niños, niñas y adolescentes.**

**Es necesario seguir mejorando para dirigir toda la atención
a niños, niñas y adolescentes víctimas hacia la prevención de la
revictimización, facilitando la recuperación, de principio a fin.**



Profesionales y servicios a quienes se puede dirigir la notificación de una sospecha de posible violencia hacia un niño, niña o adolescente

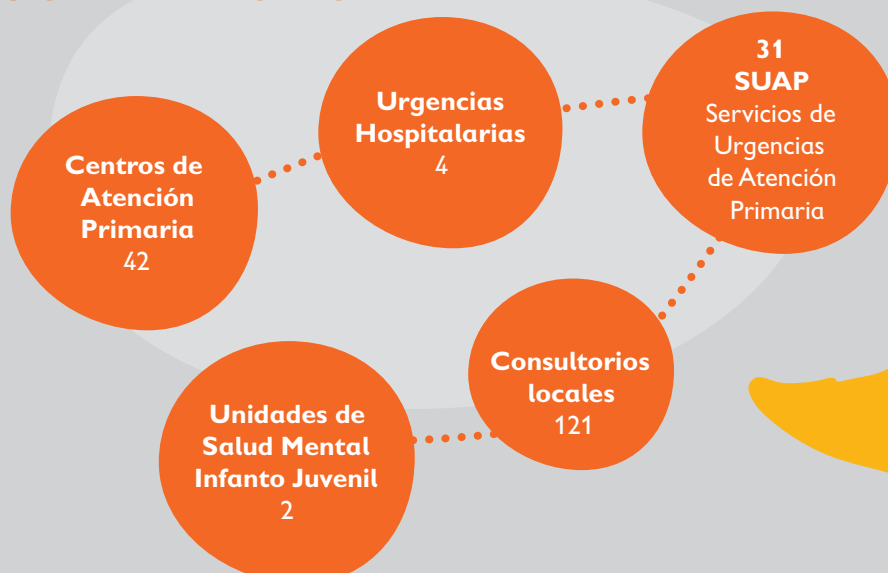
FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD



SISTEMA DE JUSTICIA



SISTEMA DE SALUD



SERVICIOS SOCIALES Y SISTEMA DE PROTECCIÓN

ICASS
Subdirección
de Infancia,
Adolescencia y
Familia (SIAF)

Servicios Sociales de
Atención Primaria
(SSAP)

Servicios
Municipales de
Urgencias
Sociales
2

SOSPECHA

DIRECCIÓN GENERAL IGUALDAD Y MUJER

Centro
de Integral
de Atención e
Información
(CIAI)

SERVICIOS PRIVADOS

CAVAS*

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

Unidad Técnica
de Atención a
la Diversidad y
Convivencia

* Durante la elaboración de este informe las actividades realizadas por la ONG CAVAS cambiaron. Este informe hace referencia a las intervenciones de valoración y atención terapéutica que realizaba la ONG en 2021 pero que dejó de hacer en 2022, dedicándose enteramente a partir de esta fecha, a la sensibilización del ASI en los centros educativos.

Lejos de favorecer la notificación del problema, los diferentes canales de notificación pueden llegar a ser un obstáculo, y un factor de victimización secundaria para el niño, niña o adolescente víctima.

ACTORES IMPLICADOS EN LA DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN

Sistemas Sanitario, Judicial, Servicios Sociales y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
Reconocimiento generalizado de la necesidad de homogeneizar criterios y coordinar actuaciones. Unidades especializadas dentro de los diferentes servicios. Los dos cuerpos de policías, policía nacional y guardia civil, cuentan con unidades especializadas para atender menores víctimas. Disposición de algunos manuales y protocolos de coordinación. Algunos sistemas (p.ej., Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, ámbito sanitario, servicios sociales) cuentan con guías y protocolos de actuación y coordinación interna. También se han elaborado protocolos de coordinación interinstitucional. Ejemplos: • Volumen 2 Procedimiento y criterios de actuación de los Servicios Sociales de Atención Primaria de la Consejería de Empleo y Bienestar Social. • Volumen 7 Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el Sistema Sanitario de la Consejería de Empleo y Bienestar Social. • Volumen 8 Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el Sistema Educativo en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Guía Rápida de la Consejería de Empleo y Bienestar Social. • Guía de Coordinación entre el Sistema Educativo y de Servicios Sociales en casos de desprotección infantil en la Comunidad Autónoma de Cantabria. Experiencias previas exitosas de coordinación entre el sistema judicial y otros sistemas en materias similares (violencia de género).	Multiplicidad de servicios/profesionales que pueden recibir la notificación en cada sistema, lo que puede contribuir a generar confusión y mayor riesgo de descoordinación. En Cantabria no existe un protocolo interdepartamental de actuación frente a las violencias sexuales contra los niños y las niñas, que ofrezca pautas de actuación claras y coordinadas a los diferentes actores que actúan de manera descoordinada. Las Unidades especializadas dentro de los cuerpos y fuerzas de seguridad, tanto la UFAM de la policía nacional y como el EMUME de la guardia civil, reciben mucha formación en violencia machista, tienen pautas claras para atender estas víctimas y recursos especializados, pero para la infancia víctima reciben muy pocas horas de formación, las pautas de actuación no son tan claras y no hay recursos especializados para derivarlos. La mayoría de profesionales que reciben las notificaciones no disponen de formación especializada. Los y las profesionales deben saber QUÉ hacer, QUÉ NO hacer, y CÓMO responder a las distintas circunstancias ante las que pueden encontrarse. El sistema de recepción de notificaciones está altamente fragmentado: • Cada punto de entrada da respuesta a una necesidad o tipo de caso concreto. Es prácticamente inevitable que el niño, niña o adolescente deba pasar por varios de ellos. • Los servicios están ubicados en lugares diferentes, entre los que el niño, niña o adolescente va a tener que transitar. Eso dilata el proceso y puede añadir confusión y sufrimiento. • Riesgo de actuaciones repetidas o incoherentes y, en consecuencia, revictimización. Aumento de la probabilidad de distorsión del relato del niño, niña o adolescente, sobre todo en edades inferiores. La notificación a los servicios sociales no siempre implica actuación por parte de éstos a causa de las instrucciones confusas que les obliga a buscar indicios de desprotección y no específicamente de abuso sexual. • Los servicios sociales de atención primaria (SSAP) no saben cómo actuar ante algunos casos de abuso sexual infantil. El sistema de protección cántabro, al estar únicamente focalizado en la atención de los casos de desprotección, deja de lado los casos en los que existe un maltrato cuando el menor o la menor tiene una familia protectora. Así, los profesionales no saben a quién derivar estos casos porque no serán admitidos por el sistema de protección (SIAF). • En los Centros de salud de Atención Primaria, cuando no hay evidencias físicas tienen el mismo problema, y desde este ámbito se detectan pocos casos.

Trayectoria de los casos de violencia sexual infantil tras la notificación

Los servicios que intervienen en Cantabria ante un posible caso de violencia sexual hacia un niño, niña o adolescente difieren según el tipo de indicadores o pruebas existentes en el momento de la notificación y según la actuación de sus progenitores -si la familia es protectora hacia el niño, niña o adolescente o no-. Los servicios pueden ser diferentes.

1

El niño, niña o adolescente presenta lesiones físicas que precisan atención médica.

El niño, niña o adolescente es acompañado a **urgencias hospitalarias**.

El hospital proporcionará atención urgente si es necesario. Pondrá los hechos en conocimiento inmediato del Juzgado de Guardia (o Fiscalía si la persona agresora es menor de edad). El juez/a dispondrá sobre el desplazamiento del médico/a forense al hospital para la recogida de pruebas físicas o biológicas. Al centro hospitalario corresponderá la evaluación ginecológica y la labor asistencial.

Se inicia procedimiento judicial.

Intervendrán posteriormente 3.1. ó 3.2. según la actuación de los progenitores.

2

El niño, niña o adolescente revela haber sido objeto de violencia sexual, o

Hay pruebas de la violencia sexual.

Presentación de **denuncia ante Juzgado de Guardia** (o Fiscalía, si la persona agresora es menor de edad) o ante comisaría Guardia Civil o Policía Nacional.

Se inicia procedimiento judicial.

Intervendrán posteriormente 3.1. o 3.2. según la actuación de los progenitores.

3

Hay sospecha de violencia sexual por la presencia de otro tipo de indicadores.

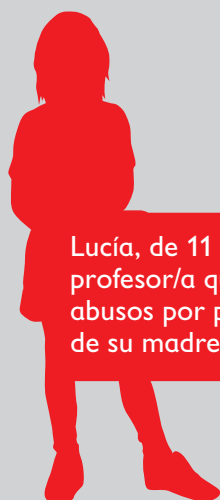
3.1. Si el niño, niña o adolescente carece de progenitores protectores o hay indicios de que pueden no serlo:

El caso será valorado por el Servicio de Infancia Adolescencia y Familia del ICASS. Si la desprotección está comprobada el caso seguirá en el sistema de protección y podrá ser valorado por otros profesionales del Centro Información y Atención Integral y finalmente si lo necesita el niño o niña podrá recibir tratamiento específico por parte del **Servicio de Intervención terapéutica y rehabilitadora** Voltea.

3.2. Si el niño, niña o adolescente tiene progenitores protectores o no hay indicios de que pueden no serlo, se aconsejará a los **progenitores o tutores** recurrir a un recurso privado como **la ONG CAVAS** *(Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales).

* Durante la elaboración de este informe las actividades realizadas por la ONG CAVAS cambiaron. Este informe hace referencia a las intervenciones de valoración y atención terapéutica que realizaba la ONG en 2021 pero que dejó de hacer en 2022, dedicándose enteramente a partir de esta fecha, a la sensibilización del ASI en los centros educativos. Actualmente, no existe ningún servicio especializado a la atención de víctimas de ASI en Cantabria.

¿Qué puede pasar en Cantabria cuando un niño, niña o adolescente dice que ha sido víctima de violencia sexual?



Lucía, de 11 años, cuenta a su profesor/a que está sufriendo abusos por parte de la pareja de su madre.

El profesor/a avisa a la dirección del centro educativo, que se reúne con Lucía y le pide que repita lo que le ha contado al profesor/a.

La dirección avisa a la madre de Lucía.



El profesor/a y la dirección del centro escolar llaman al trabajador/a social del Ayuntamiento y le trasladan la información proporcionada por Lucía. El/la Trabajador/a Social valora que puede ser un caso de violencia sexual.



Lucía espera 5 horas a que llegue el/la médico forense para que pueda hacerle la exploración. La madre de Lucía la lleva a SUAP para que le hagan una exploración física. El personal del hospital le pregunta por lo que le ha sucedido.



Lucía y su madre van a la UFAM para denunciar a su pareja.

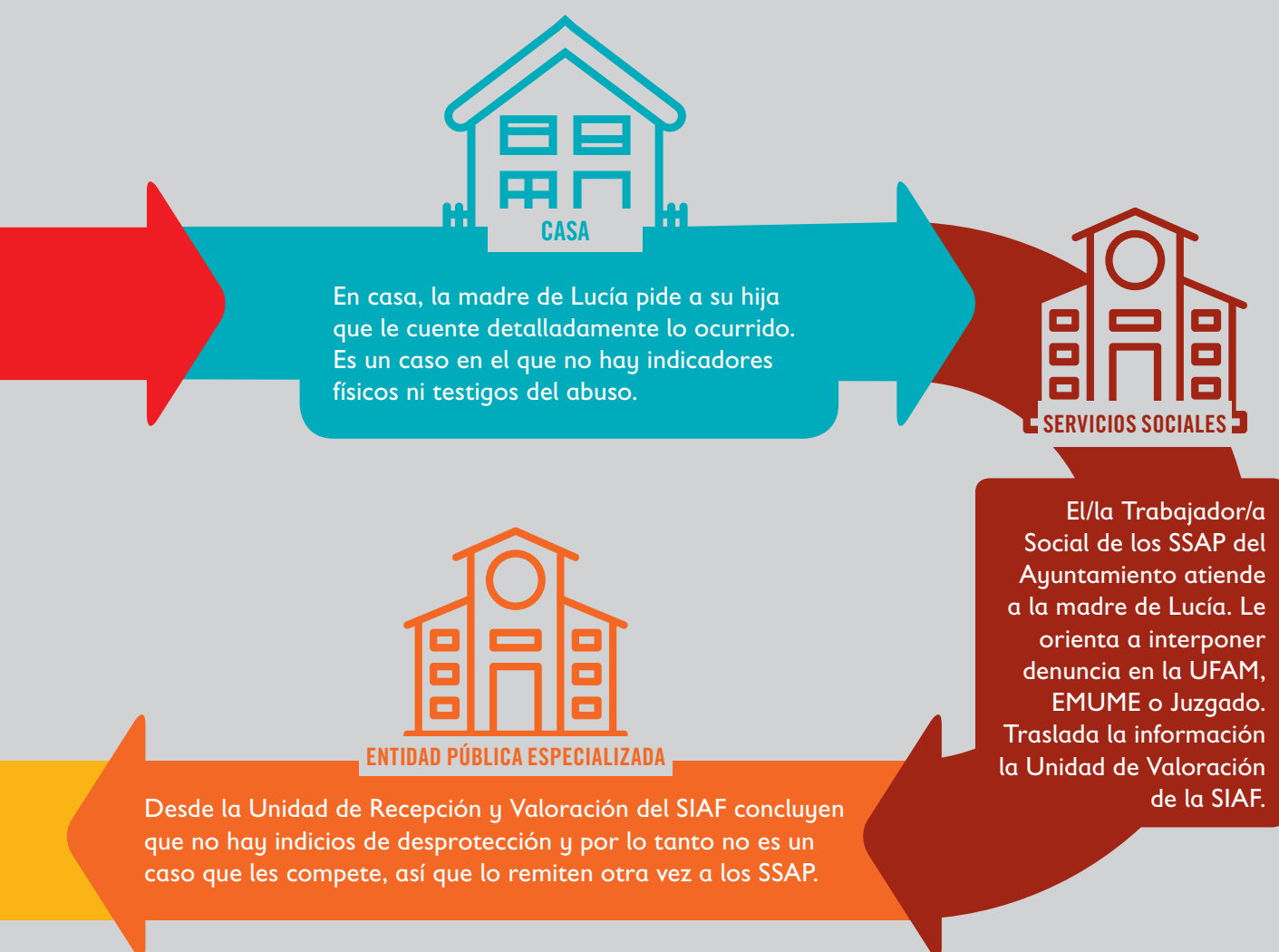


El juzgado de instrucción y la Fiscalía de Menores reciben la denuncia y se abre la fase de instrucción.

El Juzgado de Instrucción dicta que la declaración de la niña sea recogida por el Equipo Psicosocial Judicial y grabada en vídeo, para que pueda servir como prueba preconstituida.

Al cabo de 4 meses, el Equipo Psicosocial Judicial realiza la prueba preconstituida.

Puede que el problema que siempre supone para un niño, niña o adolescente tener que pasar por el sistema de justicia, sea resuelto por profesionales que apliquen buenas prácticas y el niño, niña o adolescente obtenga un resultado satisfactorio. Pero a menudo las cosas no funcionan así. Éste es un ejemplo de una situación demasiado frecuente que hay que evitar.



Han pasado dos años. Como Lucía ya tiene 14 años, el juzgado o tribunal enjuiciador le cita al juicio oral para escuchar su testimonio.

La prueba preconstituida realizada dos años atrás, el informe de CAVAS y el informe del Equipo Psicosocial tienen elementos de discordancia.

Una vez celebrado el juicio, el juzgado o tribunal enjuiciador no tiene suficientes elementos para condenar al presunto agresor y lo absuelve.

En total habrán pasado más de tres años y Lucía habrá contado los hechos al menos a ocho personas diferentes.

Durante este tiempo, Lucía y su madre siguen recibiendo apoyo psicológico en un centro privado. La niña evoluciona positivamente aunque sigue necesitando apoyo para afrontar la incertidumbre y malestar que le genera el proceso judicial, así como la posibilidad de encontrarse con el agresor, que sigue residiendo en el mismo municipio.

EXPLORACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE

Tras la notificación del caso, se procede a la exploración del niño, niña o adolescente. En ocasiones esto incluye la exploración médica para la toma de pruebas físicas o biológicas, aunque en muchos casos no es necesario hacerla porque la victimización ha ocurrido hace tiempo. **En un porcentaje muy elevado de casos, el testimonio del niño, niña o adolescente será la única o principal evidencia disponible.** En el caso de ser necesaria, la exploración debe realizarse lo antes posible, por profesionales especializados, con las técnicas adecuadas, en un entorno favorecedor, cálido y adaptado a las necesidades y situación del niño, niña o adolescente y en una sola ocasión. **La repetición de pruebas, la dilación en el tiempo y las actuaciones descoordinadas suponen una segunda victimización para el niño, niña o adolescente.**

Exploración médica

Actores implicados en la exploración médica: Urgencias hospitalarias, Centros de Salud, Instituto de Medicina Legal y Forense.

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
• Disposición en algunos centros hospitalarios de protocolos de actuación para la exploración médica con mujeres menores de edad (pruebas a realizar, procedimiento, plazos). • Actuación protocolizada y en general coordinada entre el sistema sanitario y judicial en casos agudos.	• Necesidad de criterios consensuados entre todos los servicios implicados respecto a cuándo se requiere exploración médica. • Inexistencia de un protocolo común, detallado y completo para la totalidad de centros hospitalarios y de salud que establezca cómo proceder a la exploración médica del niño, niña o adolescente tanto en casos agudos como no agudos (pruebas a realizar, procedimiento, tiempos)²¹. • La exploración del niño, niña o adolescente no siempre es realizada por profesionales especializados. Los dispositivos sanitarios a los que puede llegar un niño, niña o adolescente víctima son múltiples. No todos ellos disponen de servicio de pediatría. No todos los y los profesionales de estos servicios disponen de formación especializada. • El espacio para la acogida al niño, niña o adolescente no siempre está disponible. En estos casos, la espera al médico-forense tiene lugar en una sala común. • No hay unidades multidisciplinarias de valoración. Los centros sanitarios se ocupan de la evaluación física; el resto de aspectos deben ser evaluados en otros servicios. El niño, niña o adolescente tiene que ser examinado en diferentes lugares, momentos y por diferentes profesionales. • Las visitas de control de los programas del Niño Sano no incluyen indicadores y preguntas sobre abuso sexual adaptados a la edad, lo que complica su detección.

²¹ Estas directrices sí existen para agresiones sexuales hacia mujeres adultas: *Guía de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Cantabria*. Esta guía establece que las evaluaciones ginecológicas y médico-forense se realicen en un solo acto y de forma coordinada y conjunta. La guía detalla el procedimiento de actuación del personal sanitario: actuación con la víctima, contenido de la exploración, toma de muestras para despistaje, analíticas, tratamientos preventivos, seguimiento posterior, etc. Estas indicaciones son aplicables únicamente a mujeres adultas víctimas de agresión sexual.

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
• Existencia de un manual específico para la detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el Sistema Sanitario recogido en el Volumen 7: Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil desde el Sistema Sanitario de la Consejería de Empleo y Bienestar Social.	• Las visitas de control de los programas del Niño Sano no incluyen indicadores y preguntas sobre abuso sexual adaptados a la edad, lo que complica su detección. • No existen equipos de expertos en maltrato infantil en el ámbito sanitario para poder asesorar a los/as profesionales si se enfrentan a potenciales casos. • No hay protocolos que diferencian los casos que llegan en función de la urgencia, más de 72h o menos de 72h. • Existe un protocolo de atención sanitaria a chicas víctimas de agresión sexual (+16 años) y para mujeres adultas, pero no lo hay para varones, ni para niñas menores de 16 años. • Hay una gran dilación en los tiempos de la prueba. El niño o niña puede estar entre cuatro y siete horas esperando que llegue la persona profesional de la medicina forense para que le realice la exploración. • La necesidad del niño o niña no es escuchada. No se pregunta al niño o niña si prefiere ser explorado por una mujer o por hombre, un detalle muy importante en los casos de abuso donde el niño o niña puede tener cierto rechazo a ser explorado por una persona del mismo sexo que su agresor. • El niño o niña puede volver a ser preguntado. Los/as diversos profesionales de los centros de salud pueden volver a preguntar al menor sobre lo que le ha sucedido, provocando victimización secundaria. • Los/as profesionales desconocen los pasos a seguir ante un abuso sexual. A diferencia de lo que sucede cuando se encuentran ante enfermedades o lesiones de urgencia, en los casos de abuso sexual no hay formación ni protocolos claros de actuación.

Entrevistas al niño o niña víctima de violencia sexual

Se distinguen dos tipos de entrevista con el niño, niña o adolescente que ha podido sufrir violencia sexual:

- La **entrevista exploratoria**, que se lleva a cabo en casos de sospecha en los que no hay revelación, indicadores físicos u otro tipo de elementos suficientemente claros para proceder a la denuncia ante policía o juzgado. Estas entrevistas se complementan habitualmente con la recogida de información de otras fuentes. Su objetivo se centra en clarificar si la violencia sexual puede haberse producido, y de esta forma, dar continuidad al caso.
- La **entrevista forense**, que se realiza a solicitud del Juez/a o Tribunal para proceder a la recogida del testimonio del niño, niña o adolescente para su utilización como prueba preconstituida. Es realizada por el Equipo Psicosocial Judicial. En general, la entrevista forense se complementa con un informe de valoración de la credibilidad del testimonio elaborado por el psicólogo/a forense que realiza la entrevista.

A - Entrevista exploratoria

Actores implicados en la entrevista exploratoria: Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP), Unidad de valoración del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SIAF), Centro de Información y Atención Integral del Gobierno de Cantabria (CIAI), Centro Asistencia Víctimas de Agresiones Sexuales (ONG CAVAS).

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
• Existe una guía con pautas de actuación, el Manual Cantabria Vol. 3. sobre papel de la Unidad de valoración del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia. • Cuando se trata de una urgencia, la Unidad de valoración del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia puede actuar rápidamente para atender el caso. • Existen equipos de evaluación e intervención en situaciones de desprotección.	• La entrevista exploratoria puede ser realizada reiteradas veces por parte de los diferentes departamentos, aun cuando exista un informe concluyente de la Unidad de Recepción y Valoración del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia. • Las personas profesionales que realizan esta entrevista no tienen formación específica y carecen de herramientas para poder determinar si ha habido un abuso sexual. • Las personas profesionales no saben a quién derivar después de la entrevista exploratoria ya que no existen servicios públicos de calidad para realizar el tratamiento de la víctima. • La cobertura de los equipos especializados para la investigación de las sospechas de violencia sexual a niños, niñas y adolescentes de la Unidad de Valoración del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia está muy lejos de ser universal. • El servicio de protección sólo atiende los casos de ASI intrafamiliares que tienen indicios de desprotección. Estos casos representan sólo un pequeño porcentaje del total. No se atienden los casos de ASI extrafamiliares ni cuando la familia es aparentemente protectora. Además, esto puede comportar que casos de abusos sexuales infantiles donde la desprotección no es evidente sean devueltos a la unidad de valoración o a los SSAP, sin ningún seguimiento ni indicación para la víctima y sus acompañantes. • Las familias donde los progenitores son protectores no tienen acceso a servicios y equipos especializados en la red pública que continúen explorando las sospechas y puedan ayudar a los niños, niñas y adolescentes en el proceso de revelación. Los servicios que pueden intervenir en estos casos (Servicios Sociales Municipales, Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil) no disponen de profesionales especializados. • Una vez se ha determinado que existe desprotección por parte de la Unidad de Recepción y Valoración, los/as técnicos de la Sección de Protección de la SIAF pueden volver a entrevistar al niño, niña o adolescente. • Los criterios para determinar cuándo unos progenitores son protectores o no son complejos. Uno de los criterios utilizados para determinarlo -interposición de denuncia- genera dudas y controversia. • Cuando se produce la revelación, el sistema judicial procede a una nueva exploración del niño, niña o adolescente (bien recabando la prueba preconstituida o en el juicio oral). En algunos casos, el testimonio obtenido en la entrevista exploratoria es cuestionado por posible sugestión. Este hecho, unido a la dilación del proceso judicial, las altas probabilidades de sobreseimiento, la revictimización asociada, etc. hace que

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
El CIAI, en colaboración con la Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familia (SIAF) podrá valorar los casos de ASI que desde allí les deriven.	algunos/as profesionales duden sobre poner la revelación –cuando se produce- en conocimiento de las instancias judiciales. - La actuación de algunos actores que realizan exploraciones e informes de credibilidad no está reconocida por las administraciones públicas, lo cual puede significar que el juez o la jueza tenga que ordenar que se vuelva a interrogar el niño o niña para asegurar la garantía de la prueba procesal. - No existe una formación reglada específica o acreditación en entrevista exploratoria.

En Cantabria diferentes servicios y profesionales pueden entrevistar a el/la niño/a para fines completamente diferentes. Esta entrevista exploratoria no suele seguir protocolos de entrevista específicos, pero está practicada por diferentes servicios:

- Servicios Sociales de Atención Primaria:** Son los/as profesionales que reciben más directamente las sospechas de las escuelas. Realizan entrevistas iniciales en los espacios que tienen disponible, a menudo oficinas, y buscan sobretodo indicios de desprotección para derivar el caso al SIAF.
- Unidad de Valoración de la Subdirección de Infancia Familia y Adolescencia (SIAF):** Reciben los casos de abuso sexual donde la familia no es protectora. Únicamente llevan a cabo la exploración cuando los progenitores no actúan de forma protectora hacia el niño, niña o adolescente, cuando hay sospechas de que pueden no hacerlo, o cuando hay asociada alguna otra situación de desprotección grave en la familia (p.ej, maltrato físico, negligencia). Continúan con la valoración y la provisión de apoyo o tratamiento psicológico al niño, niña o adolescente y a la familia cuando la violencia sexual se confirma o se concluye que es altamente probable.
- Centro de Información y Atención Integral del Gobierno de Cantabria (CIAI):** Evalúa casos derivados por diferentes servicios, esencialmente desde la SIAF, sin embargo, la mayoría de casos de abuso sexual infantil que han atendido estos dos últimos años, son de niñas. En 2020, atendieron 12 niñas y 2 niños por este motivo.
- Centro Asistencia Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS):** En regla general se encargaba²² de los casos donde la familia era protectora y no era atendida por recursos públicos.

²² Durante la elaboración de este informe las actividades realizadas por la ONG CAVAS cambiaron. Este informe hace referencia a las intervenciones de valoración y atención terapéutica que realizaba la ONG en 2021 pero que dejó de hacer en 2022, dedicándose enteramente a partir de esta fecha, a la sensibilización del ASI en los centros educativos. A día de hoy no existe ningún servicio especializado para atender los niños y las niñas víctimas de abuso sexual en Cantabria.

B - Entrevista forense

Actores implicados en la entrevista forense: Jueces o Juezas, Equipo Psicosocial Judicial, Médico/a forense del Instituto de Medicina Legal y Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) de Cantabria.

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
• La nueva Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia establece como norma general la práctica de la prueba preconstituida en fase de instrucción y su reproducción en el acto del juicio para menores de 14 años, convirtiendo en excepcional la declaración en juicio oral para los menores de 14 años. • Existe una sensibilidad real y una voluntad de mejorar los mecanismos para atender mejor a los/as niños/as víctimas desde el ámbito judicial.	• La prueba preconstituida se realiza de forma ágil una vez que el juez o jueza la ha solicitado (en un plazo de aproximadamente dos semanas). En ocasiones, aunque el juez o jueza solicite la prueba preconstituida, transcurre un tiempo hasta que la solicitud llega al Equipo Psicosocial. Esto prolonga el sufrimiento del niño, niña o adolescente y retrasa la recepción de la ayuda o tratamiento psicológicos que pudiera necesitar. • La prueba preconstituida se ha garantizado para los/as menores de 14 años pero es necesario garantizarla a todos/as los/as menores de edad, también cuando son mayores de 14 años. • No se dispone de salas tipo Gesell adaptadas para niños/as ni medios técnicos adecuados para realizar las entrevistas forenses. • Los equipos psicosociales dependen del departamento de Justicia y están compuestos por psicólogos/as y trabajadores/as sociales. No son equipos especializados, sino que son genéricos para asuntos penales y de familia. • Los equipos psicosociales están saturados sobre todo a causa de los numerosos casos de familia, y no hay reglas claras de repartición de los casos entre el equipo del IMLCF y el equipo del juzgado. • En la unidad de Valoración de violencia del IMLCF sólo hay un único psicólogo forense, por lo que puede tardarse entre 2 y 4 meses en realizar una prueba preconstituida. No existe tampoco una repartición evidente de tareas entre el psicólogo/a y el trabajador/a social, ambos profesionales pueden entrevistar al niño/a para constituir la prueba preconstituida. • Los niños y niñas son entrevistados en salas neutras, como oficinas, no adaptadas a su edad ni necesidades. Además, todos/as van a los tribunales, edificios que no han sido diseñados de forma amigable para la infancia y que pueden imponer a los/as menores. • Los juzgados no disponen de salas adaptadas y el entorno judicial propicia sentimientos de temor y ansiedad en el niño, niña o adolescente, dado que debe ser interrogado/a como fuente de prueba. • La realización de la prueba preconstituida no exime al niño, niña o adolescente de declarar en el juicio oral. Puede ser que el día del juicio el/la juez/a quiera tener garantías del principio de contradicción, y no se puede contradecir una grabación el día del juicio, que el abogado/a de la defensa también quiera preguntar algo, y o que directamente la calidad de la prueba preconstituida no permita que sea una prueba válida. • No hay establecido un tiempo máximo de duración del procedimiento en todas sus fases. Aun cuando se recoja la prueba

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
• Existen varios equipos psicosociales que realizan las entrevistas con los/as niños/as víctimas.	preconstituida, no siempre se hace de manera inmediata tras la denuncia. En casos no urgentes, el tiempo de espera puede ser excesivo. Esto prolonga el sufrimiento del niño, niña o adolescente y retrasa la recepción de la ayuda o tratamiento psicológico que pudiera necesitar. • Falta de un/a referente técnico o un coordinador/a de los equipos que realizan la entrevista forense, los cuales dependen directamente de la Dirección General de Justicia. Esta falta de una figura responsable de la coordinación se traduce en una falta de directriz que tiene un impacto negativo en los equipos. • La hora de programación de las pruebas preconstituidas con menores no se pone a primera hora de la mañana, obligando en muchas ocasiones al niño/a a esperar largas horas en el juzgado. • No existe una formación reglada específica en entrevista forense²³.

Para explorar los casos de sospecha de violencia sexual a niños, niñas y adolescentes, y realizar la prueba preconstituida, la red pública de Cantabria dispone de 2 servicios especializados:

- **El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cantabria (IMLCF)** es un órgano técnico adscrito a la Dirección General de Justicia del Gobierno de Cantabria cuya misión es auxiliar a los Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil mediante la práctica de pruebas periciales médicas, tanto tanatológicas como clínicas y de laboratorio, así como realizar actividades de docencia e investigación relacionadas con la medicina forense. El IMLCF cuenta con equipos psicosociales que prestan servicios a la Administración de Justicia, uno de ellos es especializado en la valoración integral de las situaciones de violencia. Este equipo especializado está compuesto por un psicólogo, una trabajadora social y dos médicas psiquiatras que se ocupan de los procedimientos judiciales en lo penal (como los casos de violencia, abuso sexual o realización de la prueba preconstituida, entre otros).
- **Los Equipos Psicosociales de los Juzgados y Tribunales de Cantabria** se encargan de realizar la prueba preconstituida o valoración del testimonio a petición del juez, tanto para los casos penales como los de familia. Este servicio depende directamente de la Dirección General de Justicia y cuenta con 3 equipos compuestos cada uno por un/a profesional de la psicología y del trabajo social. Las entrevistas se realizan a los niños/as partir de los 4 años de edad, en salas no adaptadas a los niños y niñas y a menudo en las salas de actas. Puede haber mucho tiempo de espera para la realización de la prueba preconstituida debido al alto número de casos del juzgado de familia. Los mismos equipos atienden los casos del juzgado de familia y del penal, y no hay mecanismos para reducir el tiempo de espera, aunque si el/la juez/a insiste en la celeridad de la prueba se puede acotar el tiempo a una semana.
- Al no haber un mecanismo establecido que hace que los casos de abuso sexual infantil sean preferentes delante de los casos de familia, y como los recursos de penal y familia son compartidos, se puede llegar a esperar más de un mes para realizar una prueba preconstituida de abuso sexual infantil extrafamiliar, ya que los casos de abuso sexual intrafamiliar son atendidos por el equipo psicosocial del IMLCF.

²³ El consejo General de Psicología de España, ha creado el año pasado una acreditación en psicología forense, no obstante, no es necesaria ser acreditada/o para ejercer como psicólogo forense.

APOYO, ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y TRATAMIENTO AL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE Y A SU FAMILIA

Las necesidades de apoyo, acompañamiento o tratamiento al niño, niña o adolescente víctima de violencia sexual y su familia pueden ser muy diversas, dependiendo no sólo de la experiencia sufrida, sino también de la propia historia y características del niño, niña o adolescente y de su entorno. Estas necesidades pueden incluir asesoramiento (psicológico y legal), contención (intervención en crisis), apoyo psicológico, o tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Actores implicados en el apoyo, acompañamiento y tratamiento: Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, Centro de Información y Atención Integral (CIAI) y ONG especializada²⁴, Servicio de Infancia, Adolescencia y Familia (Servicio de Intervención Terapéutica y Rehabilitadora VOLTEA).

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
- Existencia de VOLTEA, un Servicio de Intervención Terapéutica y Rehabilitadora público y gratuito de la Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familia del ICASS para la provisión de apoyo, acompañamiento y tratamiento a los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección con daño emocional grave. En este servicio las instalaciones están adaptadas para el tratamiento a niños, niñas y adolescentes. El Centro de Información y Atención Integral (CIAI) tiene profesionales formados/as en trauma y atienden niñas y niños que han sufrido abusos sexuales. La Ley de Cantabria no exige denuncia para acceder a los servicios de CIAI y pueden acceder también las personas dependientes y tutelados de las víctimas (art. 13 Ley 1/2004 de 28 de abril), así como personas en situación irregular. El CIAI presta servicio en diferentes puntos de la provincia.	La cobertura de los equipos de salud mental especializados está muy lejos de ser universal. Los servicios públicos tienen largas listas de espera, de 6 meses a 1 año. Los niños, niñas y adolescentes cuyos progenitores son protectores tienen acceso muy limitado a servicios y equipos especializados de apoyo y tratamiento y deben optar por entidades privadas. - Los equipos especializados dependientes del ICASS únicamente atienden a niños, niñas y adolescentes pertenecientes a familias no protectoras. Estos casos representan sólo una parte del total. Estos equipos tampoco llegan a cubrir la demanda existente de forma idónea. Hay listas de espera o la intensidad de su atención no tiene la intensidad suficiente. Su intervención no siempre se inicia de forma inmediata: en ocasiones se retrasa por el proceso judicial; en otras ocasiones porque los servicios no están disponibles. Hay largas listas de espera. Los servicios de tratamiento se encuentran más frecuentemente ubicados en Santander, lo que dificulta el acceso de aquellos niños y niñas que viven en poblaciones lejanas. - Hay una gran heterogeneidad en las intervenciones proporcionadas a los niños, niñas y adolescentes víctimas. Sólo la terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), practicado por algunos de los servicios, dispone de evidencia empírica de eficacia. - La oficina de atención a víctimas (OAV) en Cantabria no tiene un papel relevante en el acompañamiento, apoyo de los niños, niñas y adolescentes víctimas.

²⁴ Durante la elaboración de este informe las actividades realizadas por la ONG CAVAS cambiaron. Este informe hace referencia a las intervenciones de valoración y atención terapéutica que realizaba la ONG en 2021 pero que dejó de hacer en 2022, dedicándose enteramente a partir de esta fecha, a la sensibilización del ASI en los centros educativos.

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
En Cantabria se tiene un concepto amplio de violencia de género, en la Ley (1/2004) se habla de niñas, pero atienden también niños.	- El recurso de evaluación y tratamiento del Centro de Información y Atención Integral del Gobierno de Cantabria (CIAI) está vinculado a un servicio cuyo usuario principal son las mujeres víctimas de violencia de género. El abuso sexual infantil no siempre está vinculado a esta forma de violencia y los niños y niñas víctimas deben contar con un espacio, unos profesionales y unos recursos propios y específicos. - Los servicios de urgencia disponibles no cuentan con profesionales especializados en violencia sexual a la infancia y adolescencia. No existe un teléfono de atención a la infancia 24h/365 días que pueda orientar a las personas profesionales, las familias y los propios niños y niñas. - Todo lo anterior puede provocar que las dificultades iniciales asociadas a la victimización sexual que puedan presentar el niño, niña o adolescente y su familia, se agraven y cronifiquen.

No hay más servicios y equipos especializados en la red pública para la provisión de apoyo, acompañamiento y tratamiento a los niños, niñas y adolescentes víctimas y sus familias en Cantabria. **Los Servicios Sociales de Atención Primaria carecen** de ellos. Algunos niños, niñas y adolescentes y familias acceden a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJV), que no garantizan especialización y están saturados, lo que les imposibilita proporcionar la atención necesaria en tiempo y forma. Existen otros: el **Centro de Información y Atención Integral del Gobierno de Cantabria (CIAI)** quien, a pesar de atender algunos niños/as, está orientado a la intervención con mujeres adultas y el Servicio de Intervención Terapéutica y Rehabilitadora **Voltea** del Gobierno de Cantabria que atiende los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección que presenten daño emocional grave psicológico. Si bien el modelo terapéutico que se usa en VOLTEA está estructurado y su base teórica, la terapia sistémica, es sólida, no puede considerarse que se trata de un modelo validado para su uso con menores víctimas de abuso sexual.

La casuística en el acceso al tratamiento es un problema evidente, en función de dónde entra el caso, el niño o niña víctima tendrá la posibilidad de acceder a un tipo de atención psicológica u otra:

- Si el caso entra por cualquiera de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad tendrá más posibilidad de seguir el proceso judicial y podrá ser derivado al CIAI o a un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, que tienen larga lista de espera.
- Si el caso entra por los Servicios Sociales y llega al Servicio de protección, el niño/a podrá acceder al programa Voltea, que también tiene lista de espera.
- Si la familia es protectora, la atención psicológica del niño/a la podrá realizar desde el Centro Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales (CAVAS²⁵) que no tenía convenio con las Administraciones públicas.

²⁵ Durante la elaboración de este informe las actividades realizadas por la ONG CAVAS cambiaron. Este informe hace referencia a las intervenciones de valoración y atención terapéutica que realizaba la ONG en 2021 pero que dejó de hacer en 2022, dedicándose enteramente a partir de esta fecha, a la sensibilización del ASI en los centros educativos.

PROCESO JUDICIAL: ACUSACIÓN Y JUICIO

La violencia sexual hacia los niños, niñas y adolescentes es un delito condenado por el Código Penal español. La denuncia de este delito inicia un proceso judicial que no está coordinado con el proceso iniciado con la notificación de la situación a los servicios de detección.

El objetivo principal del sistema judicial no es la protección del niño, niña o adolescente víctima, sino el enjuiciamiento de un presunto hecho delictivo mediante un proceso justo y, en el caso de que se declare la culpabilidad de la persona acusada, el castigo del presunto agresor. El proceso, pues, no está orientado esencialmente a proteger al niño, niña o adolescente, sino que éste, a ojos de la justicia, es tratado como un testigo de su propia historia del cual hay que obtener pruebas.

Actores implicados: Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, abogado/a defensor del acusado/a Ministerio Fiscal, Juez/a Tribunal, peritos, letrados/as, psicólogos/as y médicos/as forenses.

Aspectos positivos	Necesidades de mejora
• Existencia de legislación e instrucciones de actuación dirigidas a evitarla o minimizarla²⁶. • La nueva Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia refuerza e incluye medidas importantes dirigidas a la sensibilización, prevención y detección precoz de la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes, la protección a las víctimas, y la garantía de sus derechos. Esta facilita la realización de la prueba preconstituida para los/as menores de 14 años. • Existen equipos psicosociales de apoyo al juzgado compuestos por profesionales del trabajo social y la psicología que entrevistan los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual. • Existe una sensibilidad real y una voluntad de mejorar los mecanismos para atender mejor a niños, niñas y adolescentes víctimas desde el ámbito judicial.	• No hay establecido un tiempo máximo para la duración del procedimiento. El proceso judicial se prolonga durante un tiempo excesivo, que puede acercarse a los dos o tres años. Esto mantiene y acrecienta el estrés emocional experimentado por el niño, niña o adolescente y la familia. • Existe una gran dificultad para abordar adecuadamente las alegaciones de violencia sexual en contextos de alta conflictividad entre las figuras parentales. • Al no ser coordinado con el resto de servicios, se duplican pruebas ya realizadas. • El niño, niña o adolescente puede ser llamado a declarar en juicio oral, independientemente de que se haya realizado la prueba preconstituida. En general, la declaración en juicio oral es una situación particularmente difícil para el niño, niña o adolescente. • Durante el juicio no se garantiza la privacidad del niño/a en todas las salas ya que no hay independencia de entrada y la circulación no es diferenciada, así que el niño o la niña, se puede encontrar con la persona abusadora. • No hay cámara Gesell y los equipos psicosociales tienen que entrevistar a los niños y las niñas en la sala de vista. • No hay directrices claras ni formación específica para la realización de la prueba constituida que asegure el cumplimiento de las garantías y la calidad de la prueba. • La preferencia en la instrucción no existe en ninguna ley. Los únicos casos preferentes son los que alguien está en prisión preventiva. La tramitación preferente en sí no sería suficiente con una norma, sería necesario prever los mecanismos para aplicarlo.

26 Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-4606> Circular 3/2009, de 10 de noviembre, sobre protección de los menores víctimas y testigos. Fiscalía General del Estado, FIS-C-2009-00003 https://www.boe.es/buscar/abrir_fiscalia.php?id=FIS-C-2009-00003.pdf

La Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia²⁷ convierte en excepcional la declaración en juicio oral de los menores de 14 años, estableciendo como norma general la práctica de la prueba preconstituida en fase de instrucción y su reproducción en el acto del juicio.

Se pretende evitar así que el lapso temporal entre la primera declaración y la fecha de juicio oral afecten a la calidad del relato, así como la victimización secundaria generada por el contexto del juicio oral en las víctimas especialmente vulnerables.

27 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347>

Proceso de intervención actual en casos de violencia sexual hacia niños, niñas o adolescentes en Cantabria



- Urgencias hospitalarias
- IMLCF de Cantabria
- Centros de salud

En Cantabria no existe un servicio especializado y universal para valorar los casos de posible violencia sexual a niños, niñas y adolescentes. Intervienen múltiples servicios, que atienden a segmentos distintos de la población y no todos son especializados.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

- SSAP
- Unidad del Valoración de la SIAF
- Equipos psicosociales de los juzgados

La valoración es compleja porque en la mayoría de los casos no hay pruebas físicas ni indicadores específicos que evidencien la violencia sexual. Por eso siempre lo deben hacer profesionales especializados.

El diagnóstico no siempre lo hacen los servicios públicos, también lo pueden realizar equipos privados.

El proceso judicial suele ser muy perjudicial emocionalmente para el niño, niña o adolescente. A pesar de ser muy recomendable para reducir su victimización secundaria, la prueba preconstituida no es obligatoria.

PROCESO JUDICIAL

El proceso judicial consta de una fase de instrucción, de una fase intermedia en la que se califica el delito y del juicio oral.

Muchos casos acaban en sobreseimiento o sin sentencia condenatoria, a menudo por falta de pruebas válidas.

SENTENCIA

La sentencia es la última fase del proceso judicial. Es la decisión final tomada por el sistema judicial hacia los hechos denunciados.

BUENAS PRÁCTICAS

En el territorio español varias Comunidades Autónomas han hecho importantes cambios para mejorar la atención a los niños y niñas víctimas de abuso sexual.

Catalunya ha sido pionera implementando el primer proyecto piloto del modelo Barnahus en su territorio en el año 2020, pero antes de realizar este cambio de paradigma, ya contaba con herramientas que le han permitido dar el salto, como, por ejemplo:

- **El Protocolo marco de actuaciones contra el maltrato a niños, niñas y adolescentes de Catalunya**²⁸ que ofrece una guía clara y contundente para las personas profesionales de los diferentes departamentos para mejorar la detección, actuación y derivación de los casos de maltrato contra la infancia y establece mecanismos para favorecer la colaboración entre los diferentes departamentos.
- **El Protocolo de actuación delante de maltratos en la infancia y la adolescencia en el ámbito de la salud**²⁹, una guía de actuación clara para las personas profesionales del ámbito sanitario, cuyos objetivos son:
 - Fortalecer la detección del Abuso sexual y de las violencias.
 - Evitar la victimización secundaria y la contaminación del relato.
 - Elaborar un Circuito claro y rápido de actuación según la urgencia de los casos (+72h -72h).
 - Crear los Equipos Funcionales de Expertos (EFEs) en abusos sexuales y maltrato grave a la infancia, para asesorar los profesionales del ámbito sanitario y mejorar la detección.
- **Los Equipos de Valoración del Maltrato Infantil-EVAMI, de la Dirección General de Infancia Catalana**, presentes en el ámbito sanitario, aseguran la colaboración entre el sistema de protección y el sistema sanitario y permite entre otras cosas, solicitar el ingreso hospitalario de un niño o niña cuando se detecta un posible maltrato o abuso sexual desde el ámbito hospitalario.

²⁸ https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/07infanciaiadolescencia/DEST_columna_dreta/documents/Protocol-Marc-Maltractament-IA.pdf

²⁹ https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/05maltractament-infantjuvenil/protocol-actuacio-maltractaments-infancia.pdf

En Canarias, en 2021 se puso en marcha, en el juzgado de instrucción nº3 de Las Palmas de Gran Canarias, el primer Juzgado especializado en la Violencia contra la Infancia y la Adolescencia. Se trata de una experiencia piloto que se desarrollará durante 24 meses. El Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) aprobó en febrero de 2021 el acuerdo para que todos los procesos penales registrados en el partido judicial de la capital (Las Palmas de Gran Canaria, Santa Brígida y La Vega de San Mateo) por presuntos delitos en los que las víctimas sean niños, niñas o adolescentes se remitan a este juzgado.

Euskadi por su parte acaba de publicar su estrategia de lucha contra la violencia infantil y su nueva ley de Infancia, además este territorio fue siempre vanguardista en sus proyectos relacionados con la infancia. Sobre el tema del abuso sexual infantil, además de contar con protocolos específicos para mejorar la detección y la derivación, es especialmente interesante la nueva herramienta online de cribado de sospechas, disponible para la población general y profesionales, promovida por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco³⁰.

La Comunidad Foral de Navarra, ha aprobado recientemente la Ley Foral 12/2022, de 11 de mayo, de atención y protección a niños, niñas y adolescentes y de promoción de sus familias, derechos e igualdad que recoge, entre otras cosas, los principios del modelo Barnahus, además esta Comunidad autónoma dispone de Oficinas de Atención a la Víctima ejemplares en su trato con los niños y niñas víctimas.

Estos dos territorios están también iniciando la implementación del modelo Barnahus.

30 Screening – Agintzari Screening

¿QUÉ ES EL MODELO BARNAHUS?

Children's Advocacy Centers y Barnahus: ¿qué son y qué hacen?

Las denominadas Barnahus, conocidas originalmente como Children's Advocacy Centers (CAC), surgen originariamente en los Estados Unidos en los años 80 como recurso para atender, desde una unidad centralizada, a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y maltrato.

Su objetivo principal es disponer de profesionales especializados y coordinados, y agrupar en un mismo espacio todos los recursos que intervienen en casos de violencia sexual hacia niños, niñas o adolescentes, para disminuir así la victimización secundaria de las víctimas y su familias.

Teniendo todos los recursos bajo el mismo techo, las Barnahus evitan que el niño, niña o adolescente tenga que revivir la victimización sexual a través de múltiples declaraciones y, a su vez, ofrecen un entorno amigable y respetuoso con sus necesidades.

Teniendo en cuenta la viabilidad y el impacto positivo de estos centros, durante los últimos años se han extendido por prácticamente toda Europa.

El modelo de los Children's Advocacy Centers en los Estados Unidos

El primer Children's Advocacy Center (CAC) destinado a reducir la victimización secundaria en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual se creó en los Estados Unidos (Huntsville, Alabama) en 1985. Sus principales objetivos eran:

Reducir las evaluaciones y entrevistas a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y otros tipos de maltrato mediante la coordinación de equipos multidisciplinarios.

Proporcionar un **entorno amigable** a los niños, niñas y adolescentes para realizar adecuadamente la evaluación sin poner en peligro su bienestar emocional.

Disponer de **profesionales altamente formados** y entrenados en la evaluación de niños, niñas y adolescentes víctimas.

2019: Los CAC en cifras

900

CHILDREN'S
ADVOCACY
CENTERS

Más de **900 Children's Advocacy Centers** y **367.000 niños, niñas y adolescentes atendidos** en todos los Estados Unidos, coordinados por la National Children's Alliance, que depende del Departamento de Justicia de los EE.UU.

367.000

NIÑOS/AS
ABUSADOS
ATENDIDOS

2

MILLONES

Más de **2 millones** de profesionales formados en prevención de la violencia sexual.

1

MILLÓN

1 millón de familiares y personas próximos a las víctimas han recibido apoyo³¹.

31 National Children's Alliance (2019). Impact Report 2019. One Voice, Stronger. <http://www.nationalchildrensalliance.org/>

Las ventajas de los CAC en comparación con otros tipos de respuesta ante el abuso sexual infantil:³²

	CAC (Children's Advocacy Centers)	Circuito tradicional
Entrevistas con equipos multidisciplinarios	28%	6%
Grabación audiovisual de las entrevistas	52%	17%
Entrevistas conjuntas con los servicios sociales y la policía	81%	52%
Atención psicológica	72%	31%
Retiradas de la familia	17%	4%
Espacios adaptados diseñados para entrevistar a niños y niñas	Siempre	Casi nunca

Estudios realizados en los Estados Unidos y Europa han encontrado que el número de **enjuiciamientos y condenas** se ha **duplicado y hasta triplicado** tras la implantación de los CAC.

En los Estados Unidos, el **97% de los padres y madres atendidos** en los CAC **valoran que han recibido recursos que les han sido útiles para apoyar a sus hijos e hijas**. Ese mismo porcentaje recomendaría a un padre o madre en su misma situación acudir a un CAC.

Además, los beneficios observados de los CAC no se limitan a evitar la victimización secundaria, sino que también se aprecia una mejora de la calidad del testimonio de las víctimas. Los niños, niñas y adolescentes proporcionan información más detallada al encontrarse en un ambiente más relajado y ante profesionales cualificados.

Independientemente de estos datos, **cada lugar en el que se implante el modelo debe llevar a cabo una evaluación independiente y rigurosa de su cobertura, resultados e impacto**.

32 Cross, T.P., Jones, L.M., Walsh, W.A., Simone, M., Kolko, D.J., Szczepanski, J., Lippert, T., Davison, K., Cryns, A., Sosnowski, P., Shadoin, A., & Magnuson, S. (2008). Evaluating Children's Advocacy Centers' response to child sexual abuse. *Juvenile Justice Bulletin*, 1-11. Elmquist, J., Shorey, R.C., Febres, J., Zapor, G., Klostermann, K., Schratter, A. & Stuart, G.L. (2015). A review of Children's Advocacy Centers' (CACs) response to cases of child maltreatment in the United States. *Aggression and Violent Behavior*, 25, 26-34. Herbert, J.L. & Bromfield, L. (2016). Evidence for the Efficacy of the Child Advocacy Center Model: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17, 341-357. National Children's Alliance (2019). *Impact Report 2019*. One Voice, Stronger. <http://www.nationalchildrensalliance.org/>

Otras buenas prácticas de los CAC

Los CAC han comenzado a implementar algunas medidas para facilitar la participación del niño, niña o adolescente y evitar su victimización secundaria:

Permitir la declaración del niño, niña o adolescente el día del juicio oral mediante un **círculo cerrado de televisión** para evitar la confrontación con su presunto agresor. Esto permite que el niño, niña o adolescente pueda testificar desde un entorno amigable y sea entrevistado por un experto en victimología infanto-juvenil y no directamente por los múltiples profesionales del ámbito judicial.

El uso de **objetos de confort** (un juguete, una muñeca) durante la declaración en el juicio para reducir la ansiedad del testigo y facilitar declaraciones más completas y detalladas.

El acompañamiento de personas de apoyo que permanecen junto al niño, niña o adolescente durante la declaración permite reducir el nivel de ansiedad generado por el interrogatorio y mejora la declaración.

La introducción de perros acompañantes (facility dogs, courthouse dogs o therapy dogs) que están con el niño, niña o adolescente desde las primeras entrevistas en los CAC, en la preparación del juicio y durante el propio juicio³³.

Todas estas medidas han demostrado efectos muy positivos en el niño, niña o adolescente que tiene que declarar y, por lo tanto, en el correcto desarrollo del juicio, lo cual es positivo para la víctima, el presunto agresor y las personas profesionales implicadas en el caso.

**CONFORT
APOYO
ACOMPANIAMIENTO**

33 La utilización de perros acompañantes tiene su base en la práctica médica, a partir de la cual se han encontrado múltiples evidencias de la reducción del nivel de ansiedad que supone el contacto del niño, niña o adolescente con estos perros, debidamente entrenados, cuando se le somete a una situación estresante. Estudios que han extrapolado esta práctica al ámbito judicial también constatan su efectividad en la reducción de la ansiedad y malestar de los niños, niñas y adolescentes y, por lo tanto, en la obtención de declaraciones más completas y detalladas.

Puede ser de interés, por ejemplo, el proyecto financiado por la Unión Europea “FYDO - Facility Dogs in Europe”. <https://victimsupport.eu/news/new-eu-project-facility-dogs-to-support-victims-in-belgium-france-and-italy/>

El modelo Barnahus en Europa

Como adaptación de los CAC, en 1998 se fundó en Reikiavik (Islandia) un centro denominado Barnahus dirigido por el sistema de protección infantil para la evaluación de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Este nuevo modelo incluía una nueva herramienta: la realización de la entrevista forense con el niño, niña o adolescente víctima por circuito cerrado de televisión ante una persona representante del ámbito judicial, lo que garantizaba que la prueba resultase válida para el juicio y se configurara como prueba preconstituida.

Las BARNAHUS



En función del país las Barnahus pueden depender de varias administraciones:

Gobierno municipal y servicios sociales

Departamento de protección de la infancia

Departamento de Seguridad

Departamento de Justicia

Departamento de Salud

Además, pueden atender exclusivamente a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual o, también, a víctimas de violencia doméstica o de género o de otros tipos de maltrato físico o psicológico, como ocurre en Suecia.³⁴

La base común es el trabajo interdisciplinar y la colaboración interdepartamental en un espacio amigable para los niños, niñas y adolescentes.

El modelo nunca es estático ni fijo y depende de las particularidades del país donde se aplica.

Tanto las Naciones Unidas como el Consejo de Europa promueven la creación de Barnahus. En los últimos diez años se han establecido más de 50 en los países nórdicos, entre ellos Suecia, Noruega y Dinamarca, pero también Chipre, Polonia, Croacia, Eslovenia e Inglaterra, entre otros.

³⁴ Johansson, S., Stefansen, K., Bakketeig, E. y Kaldal, A. (eds.) (2017). Collaborating against child abuse exploring the Nordic Barnahus model. Palgrave Macmillan.

Revisión de los modelos Barnahus en Islandia, Suecia, Noruega y Dinamarca

País/Fecha de creación de la primera Barnahus/ Número de Barnahus en el país	Casos y grupo objetivo		Coordinación y colaboración	
	Grupo de edad	Tipo de abusos	Tipos de casos	Coordinación central
Islandia 1998 1 Barnahus	Por debajo de los 15 años	Abuso sexual y, desde 2015, también violencia física	Casos reportados por la policía y por el sistema de protección de la infancia cuando se tiene sospecha del abuso	Agencia gubernamental para la protección infantil
Suecia 2006 30 Barnahus	Por debajo de los 18 años	Abuso sexual y violencia física. Mutilación genital femenina, testigo directo o indirecto de violencia, crímenes de honor, niños que abusan sexualmente de otros niños (cuando corresponde), más otras variaciones locales	Casos traídos por sistema de protección de la infancia, policía y fiscalía	Al inicio, proyecto piloto liderado por el Ministerio de Justicia y el grupo de coordinación interagencial de ámbito nacional. Actualmente no se cuenta con una agencia central de coordinación de ámbito estatal. La red nacional Barnahus primero fue coordinada por Save the Children Suecia y a partir del 2016 por el Centro de Competencia Nacional en Abuso Infantil (Barnafrid) en cooperación con Save the Children Suecia
Noruega 2007 11 Barnahus	Por debajo de los 16 años y adultos con discapacidad intelectual	Abuso sexual, violencia directa e indirecta, homicidio y mutilación genital femenina	Solo casos reportados por la policía: partes afectadas y testigos	Directiva policial y Comité Barnahus de ámbito estatal
Dinamarca 2013 5 Barnahus (+3 satélites)	Por debajo de los 18 años	Abuso sexual y violencia física	Casos gestionados por el sistema de protección de la infancia que involucran a la policía y/o al sistema de salud	Mesa nacional de servicios sociales

Fuente: Johansson, S., Stefansen, K., Bakketeig, E. y Kaldal, A. (eds.) (2017). Collaborating against child abuse exploring the Nordic Barnahus model. Palgrave Macmillan.

Regulación			
Agencias que intervienen	Personal Barnahus	Obligatoriedad del uso de la Barnahus	Específica regulación Barnahus
Sistema de protección de la infancia, salud, policía, cortes, juzgados y fiscalías	Psicólogos/as, trabajadores/as sociales y criminólogos/as	No explícitamente de la Barnahus, pero sí de utilizar las instalaciones	No hay una ley específica de la Barnahus, pero la Ley de protección de la infancia (80/2002) y la Ley de procedimiento criminal (88/2008) apoyan al uso del modelo Barnahus.
Sistema de protección de la infancia, salud, policía, fiscalía y medicina forense	Psicólogos/as y trabajadores/as sociales; policía en algún Barnahus	No	No hay una ley específica de Barnahus, pero las directrices nacionales de la Agencia de Policía Nacional incorporan los estándares del modelo Barnahus.
Policía, fiscalía y medicina forense	Psicólogos/as y trabajadores/as sociales	Sí, para la policía y fiscalía	Por ley: Acta de procedimiento criminal y regulación de la entrevista de investigación (FOR-2015-09-24-1098)
Sistema de protección de la infancia, policía, fiscalía y sistema de salud	Psicólogos/as y trabajadores/as sociales	Sí, sistema de protección a la infancia si el caso también involucra a la policía y/o departamento de salud	Por ley: Ley de consolidación de servicios sociales (1284) y Orden de la Casa de los Niños (1153 de 01/10/2013). Incorporación de los estándares de calidad del modelo Barnahus por la Mesa Nacional de Servicios Sociales.

BARNAHUS =



Tanto los CACs como el modelo Barnahus se guían por el principio de una única puerta -"one door principle"-, que implica que son los profesionales los que se encuentran todos en un mismo lugar para atender al niño, niña o adolescente y no es éste quien tiene que desplazarse de un lugar a otro, emprendiendo un largo recorrido por las sedes de equipos y de profesionales.

En general, el modelo Barnahus inicial establecido en Islandia incluye:

- **Un equipo formado por profesionales de los departamentos involucrados en el proceso de notificación, denuncia y evaluación:** profesionales de servicios sociales, del ámbito educativo, policial o del sistema judicial que son consultados antes de decidir si se tiene que realizar la evaluación forense del niño, niña o adolescente.
- **Un equipo de exploración forense:** un psicólogo/a forense y un médico/a forense. El psicólogo/a realiza la entrevista que puede constituirse en prueba preconstituída en caso de ser necesario. El médico/a forense hace una exploración del niño, niña o adolescente y de los posibles indicadores físicos derivados de la violencia sexual.
- **Un equipo de profesionales de la salud mental** que ofrecen orientación, apoyo y tratamiento al niño, niña o adolescente víctima y a su familia (progenitores, hermanos y hermanas).

Servicios integrados y profesionales coordinados en el modelo Barnahus en Europa



BARNAHUS =

ENTORNO
AMIGABLE

FORMACIÓN

JUSTICIA

PROTOCOLOS

La Barnahus es una casa amigable para los niños, niñas y adolescente víctimas de violencia sexual. Debe estar ubicada en una área residencial. **No tiene que estar cerca de un hospital, puesto que estos niños, niñas y adolescentes no están enfermos, ni tampoco tiene que estar vinculada a un tribunal, porque tampoco han cometido un delito.**

En general la casa cuenta con cuatro estancias. Juntas, estas estancias ofrecen a los niños, niñas y adolescentes y sus familias todo el apoyo que necesitan desde la revelación hasta la recuperación: investigación policial y judicial, protección del niño, niña o adolescente, salud física (que incluye el examen médico forense), salud mental (que incluye la entrevista forense), bienestar y apoyo para la víctima y su familia.

Pero además de la estructura física, la fortaleza del modelo Barnahus reside en la formación de sus profesionales y en el trabajo en equipo, garantizado por protocolos de coordinación eficientes y estandarizados.

Finalmente, hay que remarcar que toda la experiencia generada dentro de las Barnahus es validada científicamente por la investigación, lo cual hace de ellas un centro de referencia de la violencia sexual a la infancia y adolescencia en la comunidad.

Estándares de calidad Barnahus

Siguiendo las indicaciones de las Naciones Unidas y del Consejo de Europa, el modelo Barnahus propone diez estándares de calidad para fomentar su implementación en diferentes contextos.³⁵

³⁵ Los estándares del modelo Barnahus europeo pueden encontrarse en el sitio web del Proyecto Promise: <https://www.barnahus.eu/en/publication/standards/>



1

PONER EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO EN EL CENTRO DE LA INTERVENCIÓN

El interés superior del niño, niña o adolescente tiene que regir todas las decisiones que se tomen sobre él/ella y su familia.³⁶ Esto se concreta en:

- Respetar el derecho del niño, niña y adolescente a ser escuchado y a recibir información.
- Evitar situaciones que puedan conducir a la victimización secundaria.
- Evitar retrasos innecesarios en el proceso de evaluación.



2

TRABAJAR DESDE UN MARCO REGULADOR FORMAL MULTIDISCIPLINARIO E INTERDEPARTAMENTAL

Los equipos profesionales del modelo Barnahus son multidisciplinarios e incluyen, mediante un acuerdo formal, a todos los departamentos implicados en el proceso de detección, notificación, evaluación y denuncia.

Las Barnahus están reconocidas por las autoridades locales o nacionales.



3

INCLUIR A TODOS LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO POSIBLES USUARIOS DEL CENTRO

Las Barnahus tienen que regirse por el principio de no discriminación y no pueden excluir a ningún niño, niña o adolescente presunta víctima de violencia.

Además, han de tener una especial consideración por los niños, niñas y adolescentes que estén en una situación más vulnerable debido a su edad, país de origen, orientación sexual o presencia de discapacidades o necesidades especiales.

36 Para evaluar cuál es el interés superior del menor se tendrá como referencia la guía proporcionada por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, la Observación General núm. 14 (2013) sobre el derecho del niño o la niña a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1).



4

PROPORCIONAR UN ENTORNO AMIGABLE PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Las Barnahus tienen que:

- Ser accesibles tanto en transporte público como en vehículo privado.
- Estar adaptados a los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales.
- Estar situados en zonas residenciales y no ser identificables como espacios específicos para víctimas de violencia.
- Disponer de una decoración adaptada tanto a los más pequeños como a los adolescentes. Resultan indispensables dos salas de entrevistas y, en algunos casos, también dos salas de espera, adaptadas a las diversas edades.
- Garantizar la privacidad del niño, niña o adolescente en todas las salas.
- Evitar en todos los casos el contacto entre víctima y presunto agresor.



5

GESTIÓN INTERDEPARTAMENTAL DEL CASO

La gestión y la planificación de los pasos a seguir en cada caso debe estar coordinada entre todos los departamentos implicados en el proceso de detección, notificación, evaluación y denuncia.

Para evitar repetir exploraciones y pruebas, y reducir así la victimización secundaria, hace falta que exista un acuerdo previo entre los departamentos respecto a las tareas y funciones que llevarán a cabo cada uno de ellos.

Además, debe existir un/a profesional referente que realice un seguimiento del caso, valore las necesidades del niño, niña o adolescente en cada momento y ejerza de vínculo con el equipo.

6

ENTREVISTA FORENSE

En el modelo Barnahus, la entrevista forense es llevada a cabo por un psicólogo/a experto/a en evaluación de víctimas de violencia sexual, siguiendo protocolos y prácticas basadas en la evidencia para garantizar así la cantidad y calidad de las pruebas que se han de obtener³⁷.

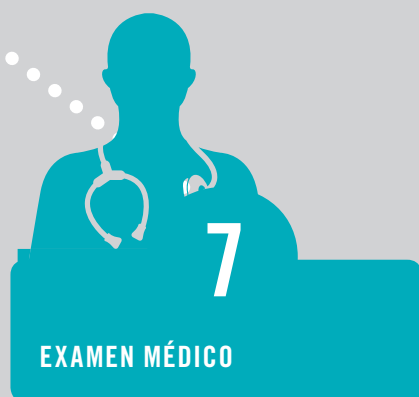
Un/a profesional realiza la entrevista, pero todos los miembros del equipo que necesiten asistir pueden hacerlo por circuito cerrado de televisión o, posteriormente, visualizando la grabación.

La grabación de la entrevista permite realizar la prueba preconstituida, que posibilitará evitar que la víctima tenga que acudir posteriormente a juicio. Para que se constituya como prueba válida asisten a la entrevista, a través de un espejo bidireccional, todas las personas que normalmente están presentes en un juicio: juez, fiscal, abogados de la defensa y de la acusación, etc. Durante la entrevista, la defensa puede sugerir preguntas que el entrevistador/a hará a la víctima. La persona acusada puede observar el testimonio, si lo requiere, mediante transmisión audiovisual.

El principal objetivo de la entrevista es evitar la victimización secundaria del niño, niña o adolescente y obtener la máxima información a partir de su relato libre, respetando los derechos de la persona acusada.

³⁷ La entrevista forense que se sigue en los centros Barnahus es el protocolo NICHHD que, como ya se ha comentado anteriormente, es una guía de entrevista para niños víctimas con una alta validez demostrada. Véase guías y protocolos utilizados en: <http://nichdprotocol.com/> <https://www.nationalcac.org/>

Juarez, J.R. y Álvarez, F. (2018). Evaluación psicológica forense de los abusos y maltratos a niños, niñas y adolescentes. Guía de buenas prácticas. Asociación de Psicólogos Forenses de la Administración de Justicia.



EXAMEN MÉDICO

Los exámenes y tratamientos médicos se hacen dentro de las Barnahus, excepto los que necesiten de tratamiento hospitalario. Los realizan profesionales especializados en evaluación de víctimas de violencia sexual.



SERVICIOS TERAPÉUTICOS

La Barnahus ofrece tratamiento psicológico a los niños, niñas y adolescentes que lo necesiten.³⁸

También hay profesionales para atender al niño, niña o adolescente y a las personas adultas que lo acompañan en momentos de crisis.

Evaluación del cumplimiento de los estándares

Las Barnahus disponen de una herramienta para evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad. La llamada herramienta de seguimiento (o *traking tool*) ayuda a mantener la calidad de los centros y a continuar mejorando su funcionamiento mediante la valoración externa de sus beneficiarios - los niños, niñas y adolescentes y sus familias - e internamente a través de la valoración de los/as profesionales implicados.³⁹

9

FORMACIÓN CONTINUADA Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS

Regularmente los miembros y profesionales de los departamentos implicados en el modelo Barnahus reciben formación específica para atender de manera adecuada a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia y a sus familias.

10

PREVENCIÓN: COMPARTIR INFORMACIÓN, SENSIBILIZAR Y CONSTRUIR COMPETENCIA EXTERNA

Las Barnahus obtienen datos y estadísticas de sus intervenciones y las comparten con investigadores, profesionales, responsables técnicos y políticos, y población general, con el objetivo de sensibilizar sobre la violencia contra la infancia y adolescencia y sobre el rol de la sociedad en su prevención, así como de facilitar estudios e investigaciones que apoyen políticas e intervenciones basadas en la evidencia.

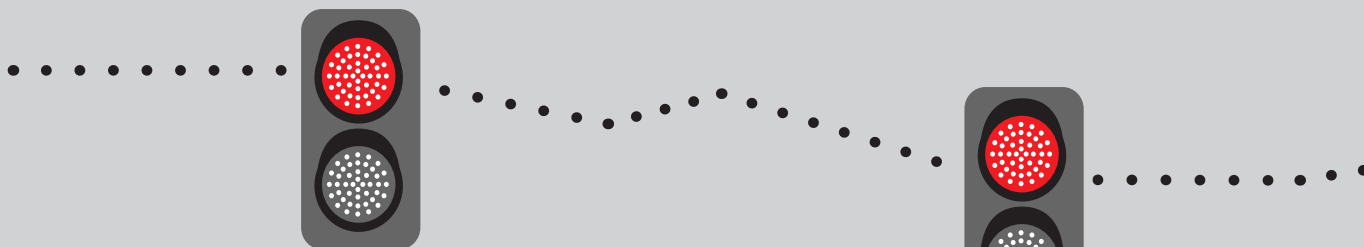
³⁸ El modelo terapéutico que se sigue es la TF-CBT.

³⁹ The PROMISE Tracking Tool. <https://www.barnahus.eu/en/publication/tracking-progress-towards-meeting-the-barnahus-qualitystandards/>

¿Dónde estamos en Cantabria?

Aplicación de los estándares de calidad a la situación de Cantabria

Los estándares de calidad del modelo Barnahus son un buen punto de partida para evaluar la situación en Cantabria y ver el camino que falta recorrer para que la protección de los niños y las niñas víctimas de abuso sexual sea una realidad.



ESTÁNDAR 1

El interés superior del niño y la niña y su derecho a ser escuchado y recibir información

Todas las acciones deben tener en cuenta el interés superior del niño y la niña y su derecho a ser escuchado y recibir información, además de evitar siempre retrasos indebidos.

Situación en Cantabria

En Cantabria, el interés superior del niño no está asegurado durante el proceso que se sigue en caso de abuso sexual infantil, principalmente basado en una visión fragmentada del niño en función de los varios departamentos que intervienen y que no se coordinan entre ellos de manera efectiva.

Es el niño víctima quien tiene que desplazarse a los varios servicios, lo cual se aleja del principio que rige el modelo Barnahus y que dicta que los profesionales estén bajo un mismo techo.

En el contexto judicial, el interés superior del niño acostumbra a entrar en confrontación con los intereses del acusado estipulados a la Ley de enjuiciamiento criminal, hecho que provoca una victimización secundaria del niño víctima y dificulta su recuperación.

73,3% de los/as profesionales reportan que en su servicio no existen mecanismos para informar al niño o niña del proceso y los pasos que tendrá que seguir.

35% de los/as profesionales reportan que los niños y niñas no tienen garantizada su privacidad en los espacios donde se los atiende.

La mayoría de los servicios reportan dar un trato prioritario a los casos de Abuso sexual infantil (83,3%), en el 54,5% de los casos esta prioridad no está establecida en ningún documento.

Casi tres de cada cuatro profesionales (72,7%) no tienen ningún documento explicativo sobre cómo atender a niños y niñas víctimas de abuso sexual infantil.

ESTÁNDAR 2

Colaboración multidisciplinaria e interinstitucional en las Barnahus

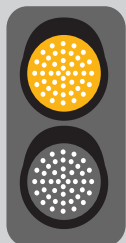
La colaboración debe ser estructurada y transparente, así como incluir medidas de supervisión y evaluación claramente establecidas, que contribuyan a procesos eficientes.

Situación en Cantabria

92,3% de los/as profesionales coinciden en que no existe un protocolo interdepartamental que recoja las diferentes funciones y las pautas de actuación de los profesionales implicados en un caso de ASI y casi uno de cada tres (32%) reporta que no hay coordinación entre los diferentes profesionales de otros departamentos.

El 70% de los/as profesionales afirma trabajar en equipo y de manera colaborativa con los/as profesionales de los diferentes departamentos, sin embargo, se carece de directrices para hacerlo.

Estos estándares de calidad de las Barnahus sirven para proporcionar un marco operativo y organizativo común que evite la victimización secundaria, además de establecer mecanismos para recoger el relato de los niños, niñas y adolescentes víctimas para que el sistema judicial cumpla con los derechos de los niños y las niñas a la protección, asistencia y justicia adaptada.



ESTÁNDAR 3

Grupo objetivo

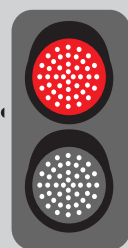
Los servicios deben atender a todos los niños y las niñas que son víctimas y/o testigos de delitos que involucran todas las formas de violencia.

Situación en Cantabria

Los programas específicos de tratamiento existentes en Cantabria no son públicos, universales y gratuitos, sino que de momento solo están disponibles para los niños y niñas tutelados por la Administración, y dejan fuera muchos niños/as que lo necesitan y que serán derivados a entidades del tercer sector y fundaciones privadas. Por otro lado, existen otros servicios de atención integral que pueden recibir niños víctimas de violencia sexual pero su grupo objetivo son las mujeres.

La mayoría de los/as profesionales (88,9%) reporta que sus servicios son físicamente accesibles para todos los niño/as (incluidos niños/as con diversidad funcional). Sin embargo, no existe ningún servicio integral para recibir los niños y las niñas víctimas de abuso, ni tampoco equipos especializados para atender niños víctimas de ASI con necesidades especiales (por ejemplo, de los 0 a los 3 años, menores con discapacidad o menores no acompañados).

La mayoría de los servicios (68%) atienden a los y las menores víctimas, independientemente de la forma de violencia que hayan sufrido.



ESTÁNDAR 4

Ambiente adaptado a las niñas y los niños

Las entrevistas se deben llevar a cabo en instalaciones diseñadas o adaptadas para este fin, evitando el contacto entre el niño, niña o adolescente víctima y la persona abusadora.

Situación en Cantabria

En Cantabria, la valoración de los niños y las niñas víctimas de abuso sexual puede realizarse en diferentes espacios que no siempre están adaptados a los niños/as; despacho de servicios sociales, comisaría, juzgado, aunque algunos espacios sí que cuentan con salas adaptadas, como es el caso del CIAI.

El 60% de los/as profesionales reportan que los espacios donde se realizan la entrevistas o se pregunta a los niños y niñas son adecuados a las necesidades de estos. Sin embargo, tanto desde la policía, los juzgados, los Servicios Sociales de Atención Primaria y el Servicio de Protección coinciden en que las instalaciones no son adecuadas ni están adaptadas a los menores de edad.



ESTÁNDAR 5

Gestión interdepartamental de casos

Se debe realizar una evaluación individual holística de las circunstancias de los niños, niñas y adolescentes y las necesidades de los miembros de la familia que no son infractores.

Situación en Cantabria

La carencia de coordinación en el ámbito del abuso sexual infantil es uno de los principales obstáculos para la recuperación del niño/a y favorece su victimización secundaria. La carencia de un expediente único genera la duplicación de pruebas y, además de revictimizar el niño o la niña, es extremadamente ineficiente en la hora de recoger pruebas necesarias para el proceso judicial.

3/4 profesionales reciben un informe inicial sobre el caso antes de atender al niño o niña y afirman que los diferentes servicios comparten información relevante sobre el caso. Sin embargo, el 66,7% dice no poder compartir el expediente/informe o causa del niño/a con otros departamentos.

La mayoría de los servicios (72,7%) no hacen un seguimiento una vez derivado el caso y la mitad (52,9%) desconoce el proceso judicial y las diferentes pruebas que se le realizarán al niño/a.

El 87,5% de los/as profesionales entrevistados reporta que en su servicio no existen distintos protocolos de actuación según si la sospecha de abuso es intrafamiliar (dentro de la misma familia) o extrafamiliar (el presunto victimario es alguien externo al núcleo familiar).

ESTÁNDAR 6

Entrevistas forenses

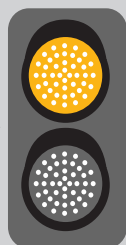
Las entrevistas deben llevarse a cabo, en locales diseñados o adaptados para este fin, por profesionales específicamente formados. Además, todas las entrevistas deberían grabarse audiovisualmente y dichas grabaciones deberían utilizarse como evidencia en procedimientos judiciales penales.

Situación en Cantabria

En Cantabria, existen dos equipos que pueden realizar la entrevista forense con niños y niñas víctimas de abuso sexual, se reparten los casos según si el abuso es intra o extrafamiliar. **Tanto los/as trabajadores/as sociales como los/as psicólogos/as pueden realizar la entrevista forense, y no son especializados en infancia.**

La entrevista se realiza siguiendo prácticas y protocolos oficiales y/o basados en la evidencia científica pero no está realizada por una persona especializada, y no hay formación continua sobre entrevista forense con niños y niñas. **No hay ninguna recomendación oficial sobre el tipo de entrevista forense que se tiene que utilizar y los profesionales del ámbito forense utilizan el formato de entrevista que prefieren, sin que existan unas directrices oficiales claras a seguir.**

Por lo que respecta al espacio, **no existe cámara Gesell en Cantabria, y el 75% de los/as profesionales coinciden en que el espacio no es adecuado a las necesidades del niño o niña.** También confirman que en algunos casos de Abuso sexual Infantil el/la juez/a no solicita la realización de la prueba preconstituida.



ESTÁNDAR 7

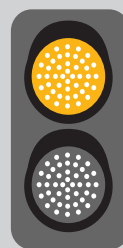
Exámenes médicos

Se deben evaluar de forma individual las circunstancias de cada niña o niño y las necesidades de los miembros de la familia no ofensores por parte de profesionales formados en evaluación psicosocial, entrevista forense y exámenes físicos.

Situación en Cantabria

La exploración física la realiza personal especializado en casos de abuso sexual infantil, siempre un/a médico/a forense acompañado por un/a pediatra o un/a ginecólogo/a especializado/a en ASI, pero que no se lleva a cabo en un servicio especializado para niños y niñas víctimas de ASI.

La persona que realiza la exploración física recibe información del informe de la entrevista forense, aunque en la mayoría de los casos la exploración física es anterior a ésta. La exploración física no se realiza el mismo día que la entrevista forense ni existen mecanismos para reducir el plazo en la realización de las evaluaciones. Tampoco aquí los espacios donde se realiza la exploración física son adecuados a las necesidades del niño/a.



ESTÁNDAR 8

Servicios terapéuticos / salud mental

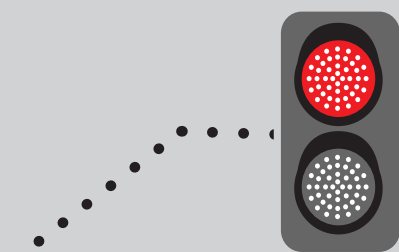
Los Servicios terapéuticos o de la salud mental deben realizar una evaluación individual de las circunstancias de cada niña o niño y de las necesidades de los miembros de la familia no ofensores. Este servicio debe realizarse por parte de profesionales formados en evaluación psicosocial, entrevista forense y exámenes físicos.

Situación en Cantabria

En Cantabria, las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMIJ) atienden los niños/as con problemas de salud mental. Estos recursos públicos están saturados y tienen largas listas de espera; además, los/as profesionales que trabajan no siempre tienen formación especializada en abuso sexual infantil, ni en victimización infantojuvenil lo cual implica que muchos casos se deriven a fundaciones privadas.

El 83,3% de los/as profesionales afirma que el tratamiento no se inicia de manera coordinada respecto al proceso judicial y el 50% confirma que en su servicio existe lista de espera para la atención psicológica de niños y niñas víctimas de ASI.

Sólo el 50% de los/as profesionales de estos servicios dice recibir formación especializada en su centro o servicio.



ESTÁNDAR 9

Desarrollo de capacidades

Los/as profesionales deben recibir formación periódica en sus áreas específicas de experiencia y formación conjunta en temas transversales.

Situación en Cantabria

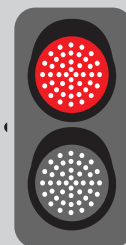
No existe una oferta de formación universitaria reglada en temas de victimización infanto-juvenil. Por eso, los/as profesionales tienen que formarse a partir de los cursos y las jornadas que organizan las diversas entidades que atienden las víctimas, o recibir formación interna ofrecida por la administración, en caso de que ejerzan en el ámbito público.

Además, el funcionamiento propio de la administración pública no favorece la especialización de los/as profesionales y su crecimiento profesional dentro de una área específica.

Casi 1 de cada 4 profesional (23%) no ha recibido nunca formación sobre abuso sexual infantil, mientras que un 56,2% lo ha hecho en los últimos 5 años y un 15,4% hace más de 5 años.

Solo el 30,8% afirma haber recibido formación sobre ASI en el último año.

Uno de cada dos profesionales (52,2%) no recibe asesoramiento y apoyo individual y grupal en los casos de ASI.



ESTÁNDAR 10

Prevención: Intercambio de información, sensibilización y desarrollo de competencias externas

Se deben adoptar medidas necesarias para proteger la privacidad, la identidad y la imagen de las niñas y los niños víctimas y para prevenir la difusión pública de cualquier información que pueda conducir a su identificación. También se deberían realizar acciones de prevención del ASI y conservar datos cuantitativos relativos a los casos de ASI atendidos/detectados.

Situación en Cantabria

En Cantabria, como en el resto del territorio español, no hay una relación sólida entre el ejercicio de la práctica profesional y los estudios académicos. Este alejamiento entre ambos contextos se tiene que superar para poder conocer mejor el fenómeno del abuso sexual infantil, valorar las prácticas profesionales que se están llevando a cabo en este ámbito y poder diseñar programas de intervención con validez y efectividad contrastadas.

El 95,2% de los/as profesionales afirma que en su servicio los/as profesionales cuentan todos con un certificado negativo de Delitos de Naturaleza Sexual aunque sólo un 17,6% confirma que en su servicio, para la contratación de profesionales, se exige la comprobación de dos referencias de puesto de trabajo anteriores.

1 de cada 2 servicios (55%) no recoge ni comparte datos o estadísticas con los grupos de interés relevantes y casi el mismo porcentaje (47,4%) no dispone de datos sobre sus usuarios o usuarias víctimas de abusos sexuales infantiles (por ejemplo: víctimas atendidas, revelaciones recibidas, denuncias, etc.).

CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO SOBRE EL CIRCUITO DE ATENCIÓN A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN CANTABRIA

Conclusión 1: Confusión conceptual

La baja detección de los casos de abuso sexual infantil (ASI) por parte de los diferentes servicios viene, entre otras razones, por la confusión conceptual que existe alrededor del abuso, confundiéndolo con una situación de desprotección, indicando a las personas profesionales de buscar indicadores de desprotección, cuando el abuso no siempre lo es. **Equiparar ambos términos no es correcto ni desde una perspectiva académica ni desde una perspectiva profesional.**

Es posible que el/la menor víctima tenga a su lado a una persona adulta cuidadora y protectora, que puede ayudarle y darle apoyo pero, no por ello, deberemos dejar el caso en manos de este adulto, sino que nuestra obligación profesional será la misma: notificar nuestras sospechas y ofrecer recursos públicos para la evaluación e intervención. Considerar que los niños y niñas que disponen de un contexto protector no son nuestra responsabilidad es abandonar a una parte de las víctimas de abuso sexual y pensar sólo en recursos para aquellos casos que requieren de la intervención del sistema de protección.

Conclusión 2: No hay un protocolo interdepartamental de actuación frente a las violencias contra la infancia

Existe una necesidad clara en el área de los marcos normativos de procedimientos, donde se disponga de un protocolo interdepartamental que explique qué, quien, cuándo, y cómo actuar y coordinarse con los diferentes servicios en el momento de una posible sospecha de abuso sexual infantil. Es importante regular la actuación tanto para garantizar al niño y a la niña su derecho a ser protegido/a como para dar más seguridad para actuar rápidamente a los profesionales, por ello es necesario que el protocolo que se haga tenga en

cuenta la primera sospecha inicial que pueda tener cualquier persona, sin tener que constar con algunas pruebas tangibles.

Conclusión 3: No hay un servicio de valoración del ASI público, universal

La falta de conocimiento en valorar el abuso por parte del servicio de protección, obliga a los/as profesionales de este servicio a derivar los casos a servicios externos. Existen profesionales o entidades que hacen valoración de sospechas, pero no tienen convenio con la Administración Pública o no son especializados en Infancia, provocando:

- Circuito confuso de valoración que repite pruebas
- Falta de seguridad de las personas profesionales a la hora de dar una valoración
- Victimización secundaria en el niño o niña

Pocos casos llegan a la Unidad de Valoración de la Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia (SIAF), porque faltan indicadores de desprotección específicos para ser tratados por esta unidad, o además, los que llegan, con indicadores inespecíficos son valorados desde el prisma de desprotección, excluyendo todos los otros casos posibles ASI.

Conclusión 4: Circuito de atención y pautas de actuación confusos

En Cantabria existen muy buenos manuales de actuación en situación de riesgo de desprotección de la infancia y adolescencia, para los diferentes equipos de personas profesionales, que son muy exhaustivos, pero casi nunca abordan el tema del abuso sexual infantil. Cuando lo hacen, no mencionan los abusos extra familiares, ni con otro/a menor involucrado, y proponen mayormente indicadores físicos para detectar el abuso sexual, cuando la evidencia científica ha demostrado que los indicios actitudinales son los más frecuentes. Además, llegan a indicar a la persona profesional que haga una entrevista con el niño o niña, lo cual no es lo indicado en estos casos. El aislamiento de los diferentes servicios sumado a la falta de especialización hace que se repitan pruebas, pudiendo llegar a entrevistar al niño o niña unas tres veces por parte de cada servicio. Si sumamos los diferentes departamentos implicados, el niño o niña puede llegar a repetir su historia unas 12 veces.

Conclusión 5: No hay servicio de contención de crisis y problemas para la actuación rápida

Si un niño o una niña revela un ASI, no hay una Unidad especializada para su atención ni tampoco para sus familias, cuando este momento es clave para proteger al niño, niña o adolescente, mantener la calidad de su relato y acompañar la familia en el proceso al que tendrá que enfrentarse. Ahora mismo en Cantabria, cada servicio/departamento actuará de una manera diferente y la falta de un protocolo interdepartamental claro dificulta la aplicación de medidas urgentes.

Conclusión 6: Estructura rígida y debilitada que no asegura la especialización y la sostenibilidad de los equipos profesionales

A pesar de contar con muy buenos profesionales y guías de actuación de gran calidad, la falta de directriz clara, de estructura estable y de especialización, características de la administración pública, tiene un impacto negativo sobre los equipos de profesionales y provoca mucha rotación, la cual repercute sobre la calidad de la intervención con el niño o la niña, que puede llegar a tener 4 referentes en un mismo año. Esta gran rotación de las personas profesionales dificulta también la formación y la especialización de los mismos, y no garantiza una atención adecuada a los niños y niñas víctimas de abuso sexual que necesitan profesionales muy expertos y experimentados.

Conclusión 7: Falta de enfoque, formación, datos y especialización en infancia

Los servicios más especializados que atienden posibles casos de abuso sexual infantil, tanto en lo que concierne las fuerzas de seguridad, como los servicios de justicia o de atención integral, suelen ser muy especializados en violencia de género, pero no tanto en violencia contra los/as niños/as. Esta falta de especialización en infancia está presente tanto en la formación, como en los recursos de atención y las pautas de actuación que reciben estos profesionales, los cuales siempre insisten en la necesidad de recibir más formación en el tema de la violencia contra la infancia. Es preocupante también la falta de recogida de datos cuantitativos recogidos por los servicios que atienden los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.

PROPUESTA PILOTO DE UNA BARNAHUS EN CANTABRIA

Las Barnahus en Cantabria: ¿Qué pueden aportar?

Su efectividad está basada en la evidencia

Hay evidencia clínica y empírica que apoya, tanto en los Estados Unidos como en Europa, la efectividad de las Barnahus en la reducción de la victimización secundaria y en un mejor trato hacia los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y sus familias.

Diversos estudios indican que contribuye a agilizar la intervención judicial y a incrementar el número de arrestos y enjuiciamientos.

En Islandia, por ejemplo, desde la aplicación del modelo Barnahus el número de casos de victimización sexual a niños, niñas y adolescentes en los cuales el agresor ha sido acusado se ha triplicado. Esto demuestra que se ha mejorado la detección y la evaluación de las víctimas, así como la recogida de pruebas testimoniales.

Es una recomendación europea e internacional

El Consejo de Europa, en sus estándares por una justicia amigable con los niños, niñas y adolescentes, recomienda el uso de las Barnahus. En el ámbito internacional, las Observaciones Finales del Comité de los Derechos del Niño (CDN) en España 2018 (CRC/C/ESP/CO/5-6)²⁵ recomiendan que se adopte un marco estatal de coordinación entre administraciones e instituciones para responder adecuadamente a situaciones de violencia contra la infancia y adolescencia.

Las Barnahus son una necesidad si queremos que Cantabria siga la línea de la mayoría de países europeos y dé un paso adelante hacia la protección de la infancia más vulnerable.

Además de todos los países nórdicos, otros como Alemania, el Reino Unido, Polonia, Malta, Hungría, Bulgaria, Lituania, Estonia o Chipre han empezado a implementar este modelo. En España contamos con una experiencia piloto que se está llevando a cabo en Tarragona.

Es una obligación legal

La obligación de garantizar una atención integral al niño/a víctima, de escucharlo y de protegerlo está recogida en diferentes normas españolas⁴⁰, y ha sido especialmente desarrollada en la recién aprobada ley orgánica 8/2021 de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

⁴⁰ 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.
Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito

El modelo Barnahus puede aportar importantes mejoras al sistema actualmente disponible en Cantabria para la atención a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y sus familias. Entre ellas pueden destacarse las siguientes:

- Atiende al mandato legal de priorizar los intereses de los niños, niñas y adolescentes y colocar sus necesidades en el centro de la mirada.
- Atiende al derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser escuchados y recibir información.
- Reduce la victimización secundaria y mejora la recuperación psíquica de los niños, niñas y adolescentes.
- Favorece una coordinación real y eficiente entre los distintos departamentos y servicios implicados en estos casos.
- Supone disponer de una única puerta de entrada al sistema de atención.
- Facilita las notificaciones de casos por parte de la población general y los servicios comunitarios.
- Garantiza una atención de calidad, pública y universal a todos los niños, niñas y adolescentes víctimas, independientemente de si provienen de familias protectoras o no.
- Favorece y contribuye a una respuesta ágil.
- Garantiza una atención multidisciplinar e integral, a cargo de profesionales con formación especializada.
- Asegura la aplicación de procedimientos y técnicas de evaluación e intervención eficaces, validados empíricamente, homogéneos y culturalmente sensibles.
- Separa las labores exploratoria-forense y terapéutica, evitando las interferencias que pueden producirse entre ambas.
- Ofrece apoyo y acompañamiento a las familias no ofensoras.
- Dispone de sistemas para la monitorización permanente del funcionamiento del modelo y el cumplimiento de sus estándares de calidad.
- Supone la incorporación a redes europeas e internacionales de intercambio de conocimientos y experiencias, colaboración e innovación.

El modelo Barnahus ha de permitir la transición a un sistema donde las necesidades de los niños, niñas y adolescentes víctimas ocupen el lugar central



Las aportaciones de la Ley Orgánica 8/2021 para la implementación del modelo Barnahus

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia

La nueva Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia refuerza e incluye medidas importantes dirigidas a la sensibilización, prevención y detección precoz de la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes, la protección a las víctimas, y la garantía de sus derechos.

Representa una gran oportunidad a la hora de poder implementar un cambio de modelo en Cantabria.

Estas medidas inciden, entre otras, en:

- La obligación de ciudadanía y profesionales de comunicar este tipo de situaciones a la autoridad competente.
- La provisión de una atención integral y acompañamiento profesional especializado a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.
- La disposición de protocolos de actuación en los diferentes ámbitos y servicios implicados en este tipo de casos (justicia, seguridad, sanidad, servicios sociales, educación, deporte y ocio).
- La colaboración interinstitucional entre administraciones públicas.
- La formación especializada de los y las profesionales que trabajan en servicios en contacto con niños, niñas y adolescentes.
- La especialización de los órganos judiciales, fiscalía y equipos técnicos que presten asistencia especializada a Juzgados y Tribunales.
- El establecimiento de la práctica de la prueba preconstituida en fase de instrucción y su reproducción en el acto del juicio como norma general para menores de 14 años, convirtiendo en excepcional la declaración en juicio oral.
- **La creación de un registro nacional unificado y de seguimiento de los casos de violencia a la infancia y adolescencia que se produzcan.**



¿Cómo podría ser la Barnahus en Cantabria?

El modelo Barnahus tiene un gran potencial en Cantabria, puesto que ha demostrado que da respuesta a muchos de los retos que tienen que afrontar los y las profesionales ante un presunto caso de violencia sexual hacia la infancia y adolescencia:



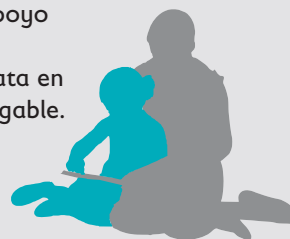
Ofrece un espacio seguro a los niños, niñas y adolescentes que han podido ser objeto de abusos para que se encuentren cómodos y puedan, además, proporcionar un testimonio detallado y completo de lo que han vivido.

Asegura que los niños, niñas y adolescentes sean evaluados según protocolos y procesos que minimicen sus efectos traumáticos y maximicen las evidencias físicas y psicológicas.



Incorpora de manera conjunta el sistema de justicia, de protección y de salud al modelo y reduce la necesidad de evaluaciones cruzadas que generan un gran malestar y desajuste en los niños, niñas y adolescentes víctimas.

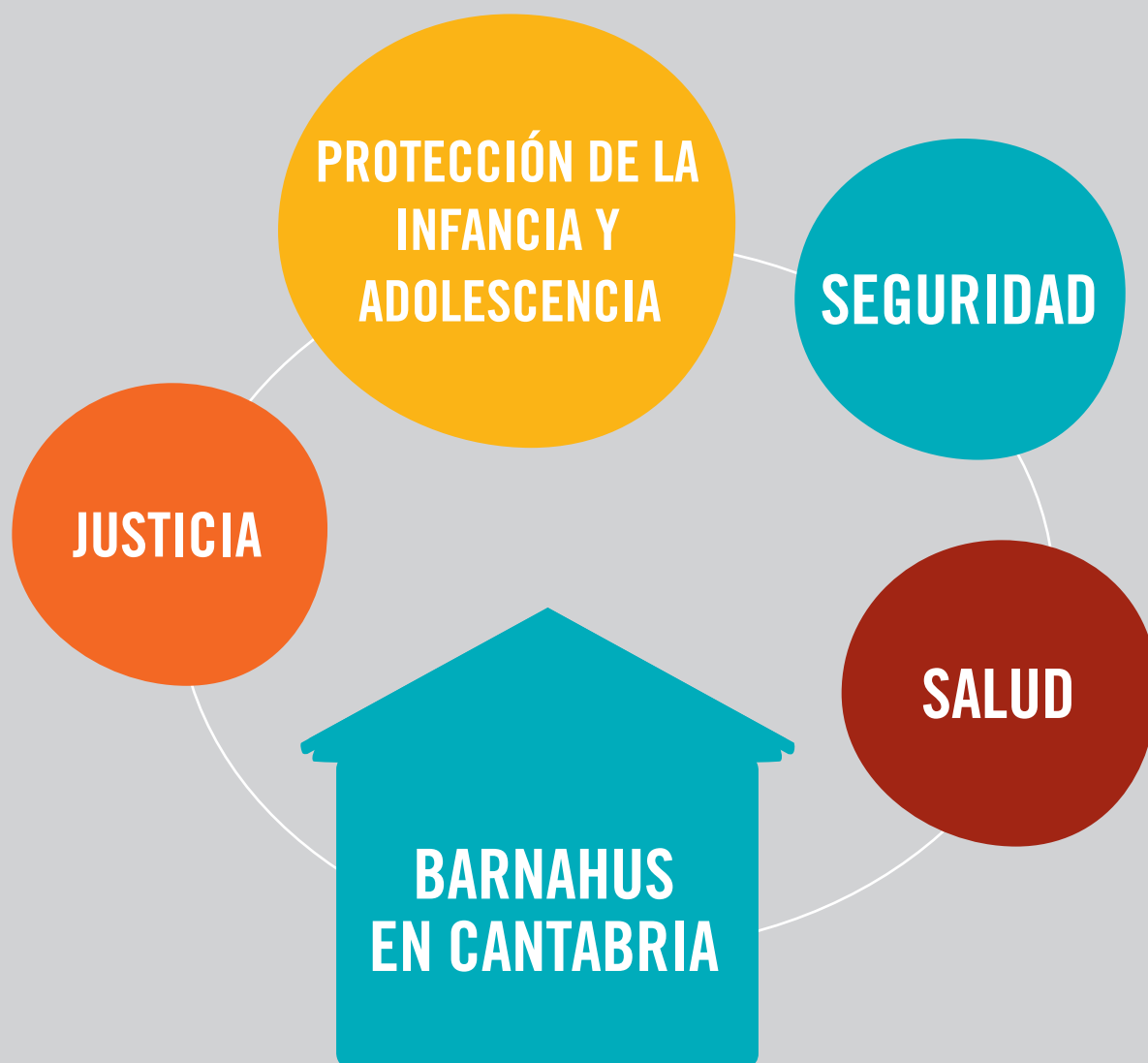
Facilita que los niños, niñas y adolescentes sus familias cuenten con acceso a apoyo terapéutico de manera inmediata en un entorno amigable.



Como muestran las experiencias de Suecia, Dinamarca y Noruega, el modelo Barnahus puede adaptarse a las necesidades de los diferentes sistemas jurídicos de cada país. En este sentido, a continuación, se presenta **una propuesta de Barnahus adaptada a las particularidades de Cantabria.**

Los departamentos implicados

La esencia del modelo Barnahus reside en la coordinación interinstitucional. En Cantabria tendrían que estar involucrados los siguientes departamentos, liderados por el área de Políticas Sociales:



Además, siguiendo el ejemplo de Polonia, sería muy valioso contar con la colaboración de los Colegios de la Abogacía para poder ofrecer a las familias y niños, niñas y adolescentes víctimas asesoramiento, información y defensa especializada.

El espacio

La decoración del interior de la Barnahus tiene que estar adaptada tanto a los niños y niñas de menor edad como a adolescentes, de lo cual se deriva que resulten indispensables dos salas de entrevista y, en algunos casos, también dos salas de espera, adecuadas a diferentes edades e intereses.

Hacen falta, por lo tanto, varios espacios diferenciados:



Servicios ofrecidos por la Barnahus de Cantabria

Según el diagnóstico realizado se desprende la necesidad de crear un recurso integral y especializado en abuso sexual infantil, que ofrezca diferentes servicios ahora inexistentes o poco desarrollados en Cantabria:

1. **Coordinación de los diferentes departamentos:** Para evitar la victimización secundaria es importante que la Barnahus de Cantabria tenga un papel de coordinación de las diferentes acciones, aunque en el proceso judicial serán los jueces y las juezas quien ordenen, y la policía quien investigue, la Barnahus permitirá cohesionar los diferentes actores y servicios, mantenerlos informados unos a otros, y evitará duplicar pruebas actuando como el referente del caso. Por otra parte, la Barnahus asegurará la máxima calidad de las pruebas testimoniales y evitará la necesidad de duplicar pruebas en el proceso judicial.

Para poder actuar como coordinadora del caso desde la Barnahus, será necesario elaborar una norma que recoja la actuación y derivación de los diferentes servicios hacia la Barnahus. Esta norma deberá contemplar los diferentes departamentos implicados, y además a nivel de espacio, la Barnahus deberá contar con salas de reuniones grandes para poder acoger todas las personas profesionales implicadas en un caso.

2. **Asesoramiento a las personas profesionales y a las familias:** Se dirige a proporcionar información u orientación sobre cómo actuar ante la situación-problema (en este caso, la victimización sexual), incluyendo pautas para el manejo de las reacciones que previsiblemente pueden aparecer en la víctima y las personas de su entorno (p.ej., sentimientos de ira, culpa, inseguridad). Incluye también asesoramiento legal, la provisión de información sobre recursos y servicios de apoyo disponibles, procedimiento de acceso, gestiones, trámites, etc., así como la facilitación del acceso a los mismos o su coordinación.

Es importante que la Barnahus responda a la necesidad de apoyo técnico que han manifestado los diferentes profesionales, para ello serán necesarias 3 cosas fundamentales:

- Un **equipo fijo y estable** muy especializado en Abuso Sexual Infantil que pueda contestar rápidamente y con mucho rigor a las preguntas/dudas de los/as profesionales o familias.
- La puesta en marcha de un **número de teléfono** de infancia que derive a la Barnahus para poder atender a las consultas telefónicas.
- **La coordinación con las Oficinas de Atención a la Víctima u otro servicio especializado en el proceso judicial** para brindar asesoramiento jurídico a las víctimas o a sus familias.

- 3. Intervención en crisis:** Uno de los elementos más importantes para brindar ayuda efectiva a la infancia y adolescencia que ha sido o es víctima de ASI y a su entorno protector, es poder ofrecer una atención de calidad en un momento determinado. Se dirige tanto a la víctima como a su familia cuando presentan síntomas agudos de sufrimiento y estrés. Proporcionada de forma inmediata, breve y focalizada. Sus objetivos se centran en detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento; estabilizar al niño, niña o adolescente y a la familia y protegerles de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad; evitar complicaciones adicionales; restaurar las funciones psíquicas y prevenir el impacto del estrés postraumático. En este sentido, es muy importante la disponibilidad de un servicio de atención de crisis compuesto por profesionales de la psicología y del trabajo social que puedan ayudarlos por teléfono. Por ello, sería adecuada una atención telefónica de Infancia con guardia 24h/365 días para atender estos casos y poder derivarlos a un equipo o un servicio especializado lo antes posible.
- 4. Entrevista exploratoria y forense:** Uno de los servicios pilares de la Barnahus será el de atender todas las posibles sospechas de abuso sexual infantil, independientemente de la edad, de la víctima, si proviene de una familia protectora o no, o si hay indicios claros o no. Por ello, la Barnahus realizará entrevistas a los niños, niñas y adolescentes víctimas por parte de profesionales especializados, en entornos amigables adaptados a sus necesidades.

Son dos los tipos de entrevista que pueden ser necesarias realizar a un niño, niña o adolescente que se sospecha puede haber sido víctima de violencia sexual:

Por una parte, se encuentran las **entrevistas exploratorias**, que se llevan a cabo en casos de sospecha, cuando no hay revelación ni elementos suficientemente claros para proceder a la denuncia ante policía o juzgado. Incluye casos en los que, por ejemplo, el niño, niña o adolescente hace manifestaciones en relación a un posible abuso, pero son confusas, incoherentes, inconsistentes, parciales o similares, los únicos indicadores presentes son de tipo conductual o conductas sexuales inusuales o problemáticas, o los indicadores de sospecha se encuentran en el entorno.

Estas entrevistas se complementan habitualmente con la recogida de información de otras fuentes. Su objetivo se centra en clarificar si la victimización sexual se ha producido. **Estas entrevistas serán realizadas por el psicólogo/a de la Barnahus.**

Habitualmente se lleva a cabo una única **entrevista exploratoria**. No obstante, en ocasiones se requieren más entrevistas, tomando el formato de entrevista extendida. Ésta es necesaria con niños, niñas y

adolescentes de los que hay razones significativas para pensar que la victimización sexual ha podido ocurrir, pero no son capaces de hacer la revelación en una única entrevista y necesitan más tiempo.

Por otra parte, se encuentra la entrevista forense, que se realiza a solicitud de Jueces o Tribunales para la recogida del testimonio del niño, niña o adolescente para su utilización como prueba preconstituida. **Corresponde a los psicólogos/as del Equipo Psicosocial Judicial.** Podrán utilizar para ello las dependencias de la Barnahus, aspecto particularmente relevante cuando el niño, niña o adolescente haya mantenido entrevistas previas de exploración o extendidas en la Barnahus y esté familiarizado con el entorno. Sin embargo, el juez/a, el /la fiscal, el abogado/a de la defensa y el presunto agresor podrán asistir a la entrevista desde el juzgado a través de la transmisión en vídeo de la entrevista, para poder cumplir con la necesidad de la defensa de asistir a la prueba, pero evitando todo tipo de contacto entre el niño/a y su presunto agresor.

5. **Declaración policial:** Uno de los servicios que puede ofrecer la Barnahus, es el de recoger la denuncia en la Barnahus para evitar que el niño/a se desplace en diferentes lugares, garantizar que se ponga la denuncia y mejorar la activación de un proceso judicial en sintonía con los demás actores de protección y salud.
6. **Examen Médico:** El examen médico general rutinario de revisión de un abuso más histórico podría realizarse en la Barnahus, ofreciendo al niño o niña una cita para una visita con un/a pediatra y un ginecólogo/a. Algunas pruebas, sin embargo, no se podrán realizar en la Barnahus, y por su urgencia y características propias deberán realizarse en el hospital.
7. **Diagnóstico y atención psicológica⁴¹:** La Barnahus de Cantabria deberá contar con 2 programas de atención terapéutica que podrían ser ofrecidos por profesionales del ámbito sanitario:
 - **Un programa de diagnóstico de la salud mental del niño/a víctima,** cuyo objetivo será de realizar un diagnóstico del estado psicológico del niño/a para proponer un tipo de atención psico-

41 Child Welfare Information Gateway. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy: A primer for child welfare professionals. U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau.

Cohen, J.A., Mannarino, A. P., y Deblinger, E. (2017). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents (2nd ed.). Guilford.

Cummings, M., Berkowitz, S.J. y Scribano, P.V. (2012). Treatment of Childhood Sexual Abuse: An Updated Review. Current Psychiatry Reviews, 14, 599-607.

Parker, B, y Turner, VV. (2013) Psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. Art. No.: CD008162.

The California Evidence-based Clearinghouse for Child Welfare. <https://www.cebc4cw.org/>

The National Child Traumatic Stress Network. <https://www.nctsn.org/>

lógica basada en sus necesidades. Para ello un/a profesional de la psicología dispondrá de 4-6 sesiones con el niño, niña o adolescente, para poder hacer este diagnóstico y proponerle un recurso adaptado, interno a la Barnahus o externo.

- **Un programa propio interno a la Barnahus de atención psicológica para los niños y niñas víctimas de violencia sexual basado en la evidencia.** Son muchos los tipos de intervención psicológica que se proporcionan a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Sin embargo, no todos han demostrado evidencia científica de eficacia. Muchos de ellos no disponen de evaluaciones rigurosas. Hasta la fecha, **los programas de orientación cognitivo conductual focalizados en el trauma son los que han obtenido mejores resultados, particularmente en el tratamiento de sintomatología asociada al estrés postraumático, depresión y ansiedad.**

Aunque hay otros programas basados en la evidencia (p.ej., Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR), el **Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy** (TF-CBT; Cohen, Mannarino y Deblinger, 2017) es el que dispone de mayor evidencia empírica y reconocimiento internacional. Este programa recoge y combina elementos de distintas modalidades de terapia (cognitiva, conductual, humanista, familiar y de apego) y los aportes de la neurobiología del desarrollo.

El TF-CBT se aplica a niños, niñas y adolescentes de edades comprendidas entre 3-18 años víctimas de violencia sexual (u otras situaciones traumáticas) con sintomatología de trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, culpa, conducta sexualizada, o sentimientos, pensamientos o creencias distorsionadas relacionadas con la victimización sexual. No es el tratamiento de elección para niños, niñas y adolescentes con problemas comportamentales o emocionales severos previos a la experiencia traumática.

Se trata de **un programa estructurado, aunque flexible en su aplicación para adaptarse a las necesidades particulares del niño, niña y adolescente y la familia.** Su duración también es flexible: en general entre 12-18 semanas (4-6 meses), pudiendo incrementarse a 25 semanas. Se lleva a cabo en sesiones semanales de 60 minutos, donde inicialmente se trabaja de forma independiente con el niño, niña o adolescente (30') y con los progenitores no abusivos (30'), y en la fase final de forma conjunta.

En su intervención, el TF-CBT aborda las creencias y atribuciones distorsionadas o perturbadoras del niño, niña o adolescente en relación a la victimización sexual, le aporta un contexto de apoyo en el que se le ayuda a hablar de ello, y le dota de herramientas para hacer frente a las situaciones estresantes con las que se va a encontrar. En el caso de las figuras parentales no abusivas, les ayuda a afrontar

de manera adecuada su malestar emocional, comunicarse adecuadamente con sus hijos e hijas, afrontar los problemas que puedan manifestar y dotarles de herramientas para que puedan servirles de apoyo. **Los psicólogos/as que proporcionan TF-CBT han de recibir un proceso previo de formación, supervisión y acreditación.**

La Barnahus llevará a cabo intervenciones de asesoramiento, contención y apoyo psicológico (tratamiento focalizado en el trauma). Los niños, niñas y adolescentes con necesidad de tratamiento psicológico o psiquiátrico de larga duración, con daño psicológico grave y trauma complejo serán derivados para su atención a la red pública de Salud Mental Infanto-Juvenil.

La ubicación

Es importante desvincular la Barnahus de las instituciones sanitarias y judiciales. Los niños, niñas y adolescentes víctimas no están enfermos ni tampoco han cometido ningún delito o infracción. Por lo tanto, la Barnahus debería estar situada en un área residencial, de fácil acceso, lejos de juzgados, comisarías y hospitales.

En Cantabria de momento será necesaria una única Barnahus que brinde asistencia a todo el territorio de la comunidad autónoma de Cantabria, desde Santander. Las posibilidades tecnológicas permitirán poder realizar diferentes pruebas, asesoramiento, acompañamiento en remoto para otros municipios.

Las personas usuarias

En un primer momento, la Barnahus en Cantabria se centrará en la evaluación e intervención con niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual de 3 a 18 años, pero a largo plazo, podrían atender a niños, niñas y adolescentes víctimas de otros tipos de violencia, en correspondencia con lo estipulado en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia.

Especialmente relevante es que la Barnahus cántabra, siguiendo los estándares de calidad del modelo Barnahus, no discrimine por ningún motivo a ningún niño, niña o adolescente presunta víctima de la violencia, ni a ninguna familia y, por lo tanto, que a lo largo de su implementación vaya contando con profesionales especialistas en:

- Niños y niñas de 0 a 3 años.
- Niños y niñas con necesidades especiales o discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales o psíquicas.
- Niños, niñas y adolescentes de origen extranjero, acompañados/as o no.

- Niños, niñas y adolescentes pertenecientes al colectivo LGTBI.
- Niños, niñas y adolescentes atendidos/as en los Servicios Sociales y en el Sistema de Protección.

Las familias

Los padres, las madres o las personas que cuidan de los niños, niñas o adolescentes víctimas de violencia sexual constituyen una parte clave en su recuperación⁴².

Por ello, siguiendo el modelo Barnahus original, será importante que la Barnahus cántabra reciba las familias con un/a profesional que les explique todos los pasos que se seguirán en la evaluación de su hijo o su hija, cómo funciona el sistema de justicia, así como la mejor manera de ayudar al niño, niña o adolescente víctima a recuperarse de esta experiencia. Los padres, madres y personas cuidadoras son también implicados en la intervención psicológica.

Todos los niños, niñas y adolescentes víctimas deben recibir una intervención profesional, independientemente de que presenten o no sintomatología. Si no la presentan, el objetivo será evitar su aparición. Si la presentan, el objetivo será su remisión y evitar su reaparición. La intervención profesional debe ser proporcionada por profesionales especializados. Cada niño, niña o adolescente deberá recibir la intervención que precise **de acuerdo a sus características y necesidades particulares**.

La intervención profesional ha de incluir necesariamente a las figuras parentales no ofensoras -y otros miembros de la familia si fuera pertinente-. Se les debe proporcionar asesoramiento, así como la contención y apoyo que en cada caso resulte necesario. Los padres y madres deben ser enseñados a reconocer precozmente posibles señales de alerta que puedan aparecer en momentos posteriores y aconsejen una nueva intervención profesional.

Los y las profesionales

Los y las profesionales de las Barnahus deben tener una sensibilidad especial sobre el tema de la violencia hacia la infancia y adolescencia, disponer de formación adecuada y experiencia demostrada en la intervención con víctimas.

Son necesarios dos equipos: uno fijo que esté siempre presente en la Barnahus y otro móvil que acuda cuando sea necesario.

Para asegurar el buen funcionamiento del centro será necesario contar con personal suficiente para cubrir los diversos turnos.

⁴² Pereda, N. (2011). La importancia del apoyo social en la intervención con víctimas de abuso sexual infantil: una revisión teórica. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 42-51.

Para asegurar la calidad de la intervención es imprescindible evitar la gran rotación de personal que está sufriendo ahora los servicios de infancia de Cantabria para poder asegurar la especialización de la intervención. Para ello será necesario buscar mecanismos para atraer a las personas profesionales más cualificados y para retenerlos, ya que la calidad de la intervención reside en la calidad de sus profesionales.

Formación de los y las profesionales

Los y las profesionales de las Barnahus en Cantabria tendrán que estar formados y especializados en victimización infanto-juvenil desde la base teórica de la victimología del desarrollo (Finkelhor, 2013⁴³).

Deberán también contar con formación jurídica específica sobre el proceso penal, el Estatuto de la Víctima, y el modelo Barnahus.

Los psicólogos/as que realicen las entrevistas a los niños, niñas y adolescentes deberán estar formados en modelos y guías empíricamente validados, internacionalmente aceptados, y flexibles para su aplicación a niños, niñas y adolescentes con características o necesidades especiales (p.ej., preescolares, con discapacidades o necesidades especiales, reticentes a la revelación). Para las entrevistas se utilizará **el protocolo del National Institute of Child Health and Human Development (NICHD)**, una guía de entrevista con un alto nivel de validez demostrado en múltiples estudios⁴⁴.

Los psicólogos/as que realicen intervenciones de apoyo psicológico estarán formados -y, en su caso, acreditados oficialmente- en técnicas y procedimientos de evaluación y tratamiento basados en la evidencia, entre ellos, **la Terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma TF-CBT**⁴⁵. Estos psicólogos/as deberán estar también preparados para la identificación de niños, niñas y adolescentes con trastornos psicopatológicos o trauma complejo que puedan requerir su derivación a servicios de tratamiento psicológico o psiquiátrico específicos (red de Salud Mental Infanto-Juvenil o Servicios de Protección Infantil).

43 Finkelhor, D. (2013). Developmental victimology: The comprehensive study of childhood victimization. En R.C. Davis, A.J. Lurigio, A.J. y S. Herman (eds.), *Victims of crime* (4 ed.) (p. 9-34). Sage

44 Ver la web oficial: <http://nichdprotocol.com/>

45 Cohen, J.A.; Mannarino, A.P. y Deblinger, E. (eds.) (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. Guilford Press. <https://tfcbt.org/>

Además de personal de apoyo administrativo, los y las profesionales técnicos fijos de las Barnahus en Cantabria serán:

EL EQUIPO FIJO

Coordinador/a de la Barnahus

Este/a profesional asumirá la dirección de la Barnahus, siendo responsable de monitorizar y apoyar su adecuado funcionamiento y el cumplimiento de los estándares de calidad. Asumirá también la coordinación con otras instituciones y servicios.

Trabajador/a social

Este/a profesional realizará la primera acogida y recogida de información. Llevará a cabo la entrevista inicial con la familia y, en su caso, con el niño, niña o adolescente. Valorará si el caso constituye o no un posible delito que requiera una exploración más detallada del niño, niña o adolescente y la comunicación al sistema judicial. Proporcionará asesoramiento, apoyo y contención inicial al niño, niña o adolescente y a su familia, y les informará sobre el proceso a seguir.

Psicólogo/a Entrevistas exploratorias

Este psicólogo/a realizará las entrevistas exploratorias en casos de sospecha, así como entrevistas extendidas cuando sea necesario. Llevará a cabo también la evaluación del estado emocional del niño, niña o adolescente y participará en la planificación del posterior tratamiento que sea necesario.

Psicólogo/a Apoyo psicológico

Este psicólogo/a proporcionará intervenciones de asesoramiento, contención y apoyo psicológicos al niño, niña o adolescente, así como a sus familiares no ofensores cuando sea necesario.

Los y las profesionales de las Barnahus trabajarán siempre en equipo y desde una perspectiva integral e interdisciplinar. Cada niño, niña o adolescente y su familia tendrá asignado a uno de ellos como Referente, que actuará como tal también para los restantes profesionales y servicios intervinientes en el caso. Se encargará de centralizar la información, acordar y facilitar las actuaciones a seguir por parte del equipo de la Barnahus, y coordinar la actuación con la red de servicios y profesionales intervinientes.

Los y las profesionales del equipo móvil estarán vinculados a las Barnahus aunque no estarán siempre presentes. Únicamente acudirán para realizar sus funciones:

EL EQUIPO MÓVIL

Juez/a de Instrucción (*)

El juez/a de instrucción es el órgano competente para conducir la investigación de un hecho presuntamente delictivo. Ordena y lleva a cabo las declaraciones de la persona investigada y de la presunta víctima y puede decidir continuar hasta el final la instrucción del procedimiento o archivarlo según los resultados de la investigación.

Se desplazará a la Barnahus para participar en la realización de la prueba preconstituida.

Representante del Ministerio Fiscal (*)

El/la representante del Ministerio Fiscal tiene atribuida legalmente la competencia de solicitar la práctica de pruebas en la fase de instrucción, formular acusación contra la persona imputada por la comisión de un delito, intervenir en las declaraciones del imputado, la presunta víctima y otros testigos. Tiene también la función de protección de las personas menores de edad.

Se desplazará a la Barnahus para participar en la realización de la prueba preconstituida.

Pediatra Médico/a forense Instituto de Medicina Legal y Forense(*)

El/la pediatra valorará la necesidad de realizar exploración médica al niño, niña o adolescente, realizará el seguimiento de su situación y tratará las posibles consecuencias físicas de la violencia sexual en el supuesto de que sea necesario.

El/la médico forense hará la evaluación de los posibles indicadores físicos y procederá a la recogida de pruebas físicas y biológicas.

Psicólogo/a forense Equipo Psicosocial Judicial(*)

El psicólogo/a forense del Equipo Psicosocial Judicial realizará la entrevista de la prueba preconstituida con el niño, niña o adolescente. Valorará también la credibilidad del relato a partir de la entrevista y realizará otras pruebas periciales que se le soliciten.

Abogado/a especializado

El abogado/a especializado en infancia se encargará de explicar a los miembros de la familia no implicados en el hecho investigado el proceso del caso judicializado, así como responder a las dudas que puedan tener en relación con el proceso judicial. Además, ofrecerá defensa especializada a las familias que lo deseen.

Policía

Habrá un/a agente de policía responsable de recoger las denuncias y tomar la declaración a otras personas implicadas. Aportará además sus conocimientos sobre criminología.

(*) La nueva Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia establece la especialización en la materia de los órganos judiciales, fiscalía y equipos técnicos que presten asistencia especializada a Juzgados y Tribunales. Estos servicios especializados deberán coordinarse con la Barnahus y formarán parte del equipo móvil.

FORMACIÓN =



LA IMPLEMENTACIÓN DE LA BARNAHUS EN CANTABRIA

Un servicio de valoración

En un primer momento, la Barnahus en Cantabria debería centrarse en la **evaluación y atención psicológica con niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual**, y para ello en su fase inicial deberá enfocarse en crear un protocolo de derivación y un modelo de entrevista exploratoria para realizar una primera valoración de calidad del caso. La elaboración del guion de esta entrevista exploratoria, o de valoración, podría elaborarse conjuntamente por la SIAF y Fiscalía, de manera que se pueda recoger indicios necesarios para la posible instrucción del caso o la protección del niño/a.

Sería conveniente que en sus inicios atienda **sólo las sospechas de violencia sexual**, pero a medio plazo podría atender a niños, niñas y adolescentes víctimas de otros tipos de violencia, en correspondencia con lo estipulado en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia. El enfoque inicial en violencia sexual radica en la necesaria especialización de esta forma de violencia, y la necesidad de empezar el cambio de modelo con un ámbito de actuación más restringido. En la medida en que la Barnahus vaya funcionando y en función del proceso de evaluación del servicio, este podrá atender más casos.

De hecho, sería posible que desde su fase inicial la Barnahus pueda acoger en su espacio, las entrevistas forenses con niños/as víctimas de violencia de género y doméstica, para evitar duplicidades de proceso a los equipos psicosociales de los juzgados responsables de violencia de género, y temas penales.

Sería adecuado que la Barnahus sea un servicio dependiente de la Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familias, lo que permitiría atender todos los casos, judicializados o no, y seguir brindando atención y acompañamiento especializado a los niños/as y a las familias que lo necesiten, sin que dependa de ello el proceso judicial.

Además, para que cumpla con sus objetivos, deberá atender a todas las posibles sospechas de violencia sexual, que sean estas intra o extrafamiliares, y que haya o no indicios visibles. En este sentido será muy importante encontrar mecanismos ágiles para poder realizar entrevistas exploratorias con todos los casos derivados, y definir claramente el objetivo de estas entrevistas y cómo actuar en función de sus resultados.

Un servicio de exploración judicial y forense

Tanto la entrevista exploratoria como la entrevista forense, deberán seguir protocolos de entrevista basado en la evidencia y ser practicadas por profesionales formados y especializados.

Para que este nuevo servicio no sea un actor más en el circuito y permita realmente reducir la victimización secundaria del niño o niña víctima, será necesaria la revisión de las actuaciones de los diferentes actores, a través del fomento de las pruebas en los espacios de la Barnahus, como, por ejemplo:

- **La declaración policial** se puede realizar en los espacios de la Barnahus, si se cuenta con un/a policía que se desplaza para recogerla, el cual sería el punto focal de Policía en el equipo móvil de la Barnahus.
- **La Exploración física**, se puede realizar en la Barnahus, en una sala adaptada si no requiere de pruebas muy especiales que necesitan una custodia específica. El equipo médico que se desplazaría a la Barnahus dependerá por una parte del Departamento de Salud, y podría ser compuesto por una persona profesional de la pediatría, de la ginecología, y por otra parte, del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forense de Cantabria IMLCF.
- **La entrevista forense** con cualquier niño/a de cualquier partido judicial se puede realizar en la Barnahus, en una sala adaptada, con presencia del/de la juez/a en una sala contigua o desde los juzgados ya que la tecnología actual permite la retransmisión vídeo instantánea de la prueba. El equipo técnico que entrevistará el niño deberá ser del equipo social de justicia, o del IMLCF.
- **La entrevista con el sistema de protección** también se puede realizar en los espacios de la Barnahus por profesionales de la SIAF.

Un servicio de apoyo técnico para los/as profesionales

Una de las necesidades más destacadas por parte de las personas entrevistadas en Cantabria ha sido la falta de directrices claras para actuar en casos de sospecha de abuso sexual infantil y la necesidad de especialización en este ámbito. La Barnahus cántabra debería, por lo tanto, estar compuesta por profesionales especializados y muy formados para poder atender las consultas de de las personas profesionales en el terreno. En este sentido será necesario que de las personas profesionales de la Barnahus organicen turnos para atender las consultas telefónicas de los/as profesionales externos.

En este sentido, la implementación de la Barnahus en el territorio cántabro deberá conllevar la instauración de formación sobre detección y derivación de ASI en todos los servicios que atienden niños, niñas y adolescentes, para darles a conocer los indicadores de detección, los factores de riesgo, así como las pautas para consultar o derivar a la Barnahus.

El servicio deberá contar además con salas grandes para reunir todas las personas profesionales de los diferentes servicios, para realizar seguimiento conjunto del caso y también se tendrá que designar una figura profesional referente del caso que lo lidere y que actúe en consecuencia.

Un servicio de atención psicológica

En cuanto a la fase de acompañamiento y atención psicológica es importante empezar con tres actuaciones:

- la actuación en situación de crisis, con servicio de contención de crisis y acompañamiento 24h a través de un teléfono especializado en Infancia, tanto para los niños, niñas, adolescentes como para sus familias y cuidadores.
- el acompañamiento de las familias con pautas socioeducativas.
- el acompañamiento psicosocial a los niños y a las niñas.
- el diagnóstico de salud mental del niño o niña realizado por profesionales de la Salud, lo que permitiría dejar el tiempo necesario a los equipos de salud mental para formarse en la elaboración de un programa de atención terapéutica propio.

A medio plazo la Barnahus deberá contar con un programa propio terapéutico, basado en la evidencia, para niños y niñas víctimas y con trauma. Este programa podría ser llevado a cabo por los servicios de Salud Mental.

LECCIONES DESDE LA EVIDENCIA: LA ENTREVISTA EXTENDIDA⁴⁶

Aproximadamente un tercio de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual no lo revelan en una única entrevista.

Entre ellos se pueden encontrar víctimas altamente traumatizadas, de edades inferiores, con discapacidades intelectuales, con problemas de salud mental, que sufren trauma complejo, o que por alguna otra razón son reacios resistentes a hablar sobre lo ocurrido. Estos niños, niñas y adolescentes necesitan más tiempo.

Para estos casos se han diseñado y testado protocolos de entrevista “extendida”, esto es, adaptaciones de los protocolos de entrevista forense (por ejemplo, versión revisada del NICHD). Estos protocolos cuentan con una amplia aceptación en la comunidad internacional y pueden incluir hasta ocho sesiones.

Expertos y organizaciones como la American Professional Society on the Abuse of Children recomiendan la utilización de este tipo de entrevistas cuando hay razones significativas para sospechar que la violencia sexual ha podido ocurrir y el niño, niña o adolescente no es capaz de hacer la revelación en una única entrevista.

La investigación sobre estos protocolos ha constatado que:

1. no incrementan el riesgo de falsos positivos, pues éstos se relacionan con la utilización de preguntas sugestivas, no con el número de entrevistas,
2. pueden favorecer la revelación en dos tercios de los casos, y
3. pueden ayudar a obtener información más detallada y completa sobre la violencia sexual y permiten respetar las garantías jurídicas.

⁴⁶ APSAC Taskforce (2012). Practice Guidelines. Forensic Interviewing in Cases of Suspected Child Abuse. American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC).

Baugerud G.A., Johnson M.S. (2017) The NICHD Protocol: Guide to follow recommended investigative interview practices at the Barnahus. En S. Johansson, K. Stefansen, E. Bakketeig y A. Kaldal (eds.) Collaborating Against Child Abuse. Palgrave Macmillan.

Faller, K.C. (2016). Disclosure failures: statistics, characteristics, and strategies to address them. En T. O'Donohue y M.

Fanetti (eds.), Forensic Interviews Regarding Child Sexual abuse. A Guide to Evidence-Based Practice (pp. 123-140). Springer.

Faller, K.C., Cordisco-Steele, L. y Nelson-Gardell, D. (2010). Allegations of sexual abuse of a child: what to do when a single forensic interview isn't enough. Journal of Child Sexual Abuse, 19, 572-589.

Williams, J., Nelson-Gardell, D., Faller, K.C., Tishelman, A. y Cordisco-Steele, L. (2016). Perceptions of the value of extended assessments to resolve allegations of sexual abuse: it's the performance that counts. Journal of Social Service Research, 42, 57-69

Al igual que los protocolos de entrevista forense, su aplicación requiere de profesionales con formación especializada y capacitación específica.

Aplicación de la entrevista extendida en las Barnahus en Cantabria:

La entrevista extendida no será la práctica habitual, sino que se utilizará de forma restringida y exclusivamente en los casos concretos para los que está indicada.

Se realizará de forma que la preservación de las garantías jurídicas y la ausencia de contaminación del relato del niño, niña o adolescente quede asegurada en un posible proceso judicial futuro.

Cuando el niño, niña o adolescente muestre disposición a la revelación, la entrevista extendida dará paso a la forense. En estos casos deberá establecerse un procedimiento que asegure una transición adecuada entre ambos.

¿Qué podría ocurrir en Cantabria cuando un niño, niña o adolescente dice que ha sufrido violencia sexual?



La entrevista inicial de Lucia que ha sido grabada se reproduce delante del tribunal como evidencia. Si el tribunal así lo decide, no será necesario que Lucía asista al juicio.



Lucia explica su historia a un psicólogo/a especializado. A través de un espejo unidireccional, el juez/a, fiscal, la persona investigada y el abogado/a de la defensa asisten a la entrevista, que será grabada.



Si lo necesita, Lucia puede recibir apoyo o tratamiento psicológico para facilitar su recuperación.



Si es necesario, Lucia será examinada por un/a médico de la Barnahus.



En la Barnahus, Lucia habla con un/a profesional especializada en victimización infantil que valora la situación.



La madre de Lucia recibe información en todo momento sobre todo el proceso que seguirá su hija y se le ofrece apoyo psicológico y jurídico.

La profesora de Lucia habla con la dirección del centro quien se pone en contacto con la Barnahus, y recomienda a Lucia y a su madre ir.

Lucia cuenta a su profesora que está sufriendo abusos por parte de un amigo de la familia.



En la Barnahus, Lucia compartiría su historia con menos personas (hasta cuatro) y tendría acceso inmediato a una atención especializada.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

PROPUESTAS GENERALES

1. La victimización sexual infantil y, dentro de ésta el abuso sexual, es un problema de salud pública que debe nombrarse adecuadamente, dadas sus características particulares y la evidencia que existe sobre las dinámicas, los factores de riesgo, los indicadores y las consecuencias de esta forma específica de violencia contra la infancia. En este sentido, **hablar de DESPROTECCIÓN como un genérico para referirse a diferentes formas de violencia contra la infancia y, entre ellas, al abuso sexual, genera confusión y dudas de las personas profesionales** que no saben si el niño o niña está o no siendo, efectivamente, desprotegido cuando se produce una situación de este tipo.
2. La importancia de **nombrar adecuadamente**. El problema se ha subrayado, por ejemplo, en el ámbito de la prevención del abuso sexual, cuando se insta a los niños y niñas a nombrar adecuadamente las partes del cuerpo y evitar eufemismos⁴⁷. En esta misma línea, los profesionales deben saber a qué se refieren cuando hablan de abuso sexual y evitar términos amplios y genéricos pero vacíos de contenido como ‘situaciones de desprotección’ que lo único que hacen es ocultar el problema tras un concepto abstracto.
3. A su vez, es importante saber que **no todos los casos de abuso sexual infantil se producen en contactos familiares desprotectores** y que, a veces, el niño o niña víctima puede tener a su lado a una figura cuidadora y protectora. **El vínculo directo entre desprotección y abuso sexual no existe y debe eliminarse de la mente de los/las profesionales.**
4. **Es necesario establecer pautas de actuación específicas para estos casos**, más allá de considerar éste un delito que debe notificarse al sistema de protección y atender el problema como un problema de salud, que tendrá una repercusión en el niño o niña y en su desarrollo que va a depender mucho de la existencia, o no, de una figura cuidadora y protectora.

47 Kenny, M. C., & Wurtele, S. K. (2008). Preschoolers' knowledge of genital terminology: A comparison of English and Spanish speakers. *American Journal of Sexuality Education*, 3(4), 345-354.

5. A su vez, todo **profesional debe conocer concretamente los indicadores que existen en el abuso sexual, pero siendo conscientes que, en general, son genéricos y poco consistentes**. Así, hay que desterrar la falsa creencia de que la víctima de abuso sexual va a presentar indicadores físicos porque, en la gran mayoría de casos, no va a ser así⁴⁸. Los indicadores van a ser expresiones conductuales y emocionales inespecíficas que van a requerir de un estudio y análisis experto.
6. **La prueba principal de un abuso sexual es el relato del niño, niña o adolescente víctima y, por este motivo, debe salvaguardarse y sólo obtenerse por parte de profesionales expertos en entrevistas a niños, niñas y adolescentes víctimas**. Ningún profesional no formado debe entrevistar a un niño o niña ante una sospecha de abuso sexual. El papel del profesional que tiene una sospecha es DERIVAR a un equipo experto, ofreciéndole toda la información que haya podido recoger de forma indirecta y el relato que el propio niño o niña haya podido darle, sin intentar obtener más información mediante preguntas o interrogatorios.
7. **La implementación, de forma sistemática y regular, de formación especializada** en torno a la prevención, detección, victimización y técnicas de abordaje basadas en la evidencia ante el abuso sexual infantil. Formación adaptada a cada sector profesional implicado en actuar ante un caso de sospecha ASI (ámbito educativo, servicios sociales de atención primaria y especializados, ámbito sanitario de atención primaria y hospitalaria, ámbito judicial: judicatura, fiscalía, equipos psicosociales, instituto medicina legal y ciencias forense, fuerzas y cuerpos de seguridad, etc...) así como facilitar el acceso a la información y difusión de buenas prácticas.
8. **La adaptación de aquellos espacios e instalaciones** desde todos los ámbitos implicados que van a actuar con menores víctimas de violencia. Creación de instalaciones y espacios adaptados a los niños, niñas y adolescentes donde la intervención se pueda llevar a cabo en un entorno amigable para la infancia, con salas donde se pueda respetar la privacidad de los y las usuarias, conservando su anonimato.
9. **La creación y difusión de material informativo** (guías, dípticos, etc) dirigido a la población general que informe de los pasos a seguir de forma que la población conozca pautas de actuación ante sospecha un caso de ASI así como para el sector profesional la elaboración de protocolos de actuación y guías clínicas especializadas en ASI adaptadas a las diferentes áreas profesionales de los diferentes recursos y servicios.

48 Vrolijk-Bosschaart, T. F., Brilleslijper-Kater, S. N., Benninga, M. A., Lindauer, R. J., & Teeuw, A. H. (2018). Clinical practice: Recognizing child sexual abuse—what makes it so difficult?. *European Journal of Pediatrics*, 177(9), 1343-1350.

Recomendaciones para el Ámbito Educativo

- 1. La creación de un protocolo que contemple todas las posibles situaciones:** Es recomendable que los centros educativos cuenten con un protocolo de actuación para las diferentes casuísticas, en los que el abuso se cometa a) por parte de alguien externo al centro educativo y a la familia del niño, niña o adolescente; b) por parte de un/a profesional del centro educativo; c) por parte de otro menor del centro educativo. En relación con este último caso, estudios recientes han encontrado una elevada prevalencia de abusos sexuales cometidos por parte de iguales⁴⁹. En contra de la creencia general, los y las menores también pueden cometer abusos. Los centros educativos son los lugares idóneos para poder empezar a hacer prevención y, a su vez pueden ser cruciales a la hora de detectar y notificar los casos de victimización sexual que se den en el propio centro educativo. Por ello, es esencial que existan directrices claras sobre cómo actuar en estos casos.
- 2. La implementación, complementaria a la formación de los/as profesionales, de charlas dirigidas a familias y talleres para niños, niñas y adolescentes,** para poder llevar a cabo una prevención integral de abuso sexual infantil, junto a la sistemática formación especializada de los equipos educativos.
- 3. La creación de una figura de protección en los centros educativos:** Es recomendable crear la figura de coordinación de bienestar prevista por la ley 8/2021 de protección específica para los casos de maltrato infantil. Esta podría ser un buen punto focal para derivar los casos de ASI.
- 4. La colaboración y asesoramiento de la Unidad Técnica de Atención a la Diversidad y Convivencia (en adelante, UTADC)⁵⁰:** Desde la UTADC se podría brindar soporte y asesoramiento a los colegios en casos de abuso sexual, ya que tienen figuras en cada centro y podrían ganar experiencia en la actuación ante el abuso sexual a lo largo de los años si asumieran estas funciones, lo que ayudaría a las direcciones de los centros escolares a actuar acompañados en tareas de prevención, detección y derivación.

Recomendaciones para el Ámbito Sanitario

- 1. La creación de un protocolo interdepartamental** realista, eficiente a través de un grupo de trabajo y la creación de material específico sobre la actuación pediátrica con víctimas de abuso sexual infantil menores de 18 años.

49 Véase Gewirtz-Meydan, A., y Finkelhor, D. (2020). Sexual abuse and assault in a large national sample of children and adolescents. *Child Maltreatment*, 25(2), 203-214.

50 Véase, <https://www.educantabria.es/diversidad/interculturalidad>.

El protocolo:

- Facilitará el disponer de criterios comunes respecto a cuándo proceder a la exploración médica y el procedimiento a seguir para ello en casos agudos y no agudos.
- Orientará a los y las profesionales de la pediatría en la detección y derivación del abuso sexual infantil, en función de si el caso es urgente -72h o más crónico.
- Deberá contener directrices claras en cuanto a cómo preservar la intimidad, seguridad y bienestar del niño/a, asegurando en todos los centros hospitalarios designados para realizar la exploración médica la disposición de lugares adaptados y tranquilos para la acogida y la exploración.
- Asegurará una formación especializada de todos los y las profesionales implicados.
- Contemplará la realidad de las urgencias teniendo en cuenta:
 - El horario de las personas trabajadoras sociales de los hospitales.
 - La definición clara de los roles y responsabilidades de cada profesional para evitar las múltiples entrevistas que revictimizan al niño/a y contaminan su relato.
 - El tiempo máximo entre recibir una sospecha de así y que el caso sea comunicado a los SSAP, al SIAF y derivado a Urgencias del Hospital.

2. La inclusión de los indicadores de ASI en el screening del niño sano: El Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC) hace recomendaciones generales para los/as pediatras que pueden no ser realmente efectivas a la hora de prevenir y detectar casos de abuso sexual. Para ello, sería más eficaz añadir de forma sistematizada preguntas entorno a la salud sexual del o de la menor desde la primera visita, en las cuales se incluyan ítems específicos para la detección del abuso sexual infantil y las respuestas queden registradas en el sistema, tal y como sucede con la información respecto a las alergias, el peso u otras cuestiones relativas a la salud. Una forma de poder obtener información directamente del niño o niña es mediante una pregunta general, como la ofrecida por el JVQ, instrumento validado en España⁵¹: *¿Alguien te ha hecho daño este último mes/año, o te has sentido asustado o inseguro en casa, la escuela o tu barrio?*⁵² Esta iniciativa podría ir acompañada de una formación para pediatras de la atención

51 Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Guilera, G. (2018). Good practices in the assessment of victimization: The Spanish adaptation of the Juvenile Victimization Questionnaire. *Psychology of Violence*, 8(1), 76-86.

52 Hamby, S., Finkelhor, D., & Turner, H. (2011, January 25-27). Key findings from the National Survey of Children's Exposure to Violence & implications for assessment. Paper presented at the Defending Childhood Initiative Grantee Meeting, Washington, DC.

primaria sobre la detección de casos de Abuso Sexual Infantil y sus indicadores.

3. **Crear equipos funcionales de expertos en abuso sexual infantil** dentro del ámbito sanitario para asesorar a los/las pediatras y profesionales del ámbito sanitario en esta materia. Sería este equipo el que representará el ámbito sanitario en la futura Barnahus.
4. **Homogenizar los protocolos existentes para no crear diferentes circuitos**, adaptando el protocolo de atención sanitaria a las mujeres víctimas de agresión sexual (+16), al nuevo protocolo de prevención, detección, actuación y derivación de los casos de abuso sexual infantil que contempla todos los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años.
5. **Se dejará constancia y registro siempre en la historia clínica de todas aquellas valoraciones realizadas por sospecha de ASI, así como las conclusiones de las mismas.**
6. **La importancia de los derechos del niño/a y sus necesidades:** Es conveniente que el niño, niña o adolescente pueda elegir el género de la persona que realice la exploración, ya que las víctimas de abusos sexuales pueden sentir rechazo hacia personas del mismo género que la persona abusadora.
7. **La disminución del tiempo de espera:** El elevado tiempo de espera es también un aspecto central que poder mejorar. La actuación ante este tipo de situaciones debería ser eficiente y rápida, para que el niño, niña o adolescente pueda iniciar su recuperación cuanto antes pudiéndose así en los casos que se detecten en atención primaria derivarse directamente a Barnahus, sin paso por especializada.
8. **Mejora de la coordinación entre los ámbitos sanitarios y de protección a la infancia** a través de figuras profesionales especializada en ASI en ambos sistemas, el Sistema Sanitario y la Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familia.

Recomendaciones para los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad

1. **El establecimiento de directrices claras para la atención de los casos de ASI.** Valorar la posibilidad de establecer los mecanismos oportunos para que la denuncia policial se pueda recoger directamente en la Barnahus. Esto facilitará el relato de los niños/as – padres/madres, dará más calidad a la atención del/de la niño/a y facilitará la instrucción del caso.

2. **La delimitación de las tareas del servicio:** Es recomendable que desde los cuerpos de seguridad no se entrevisten a los/as menores víctimas de abuso sexual infantil bajo ninguna circunstancia para evitar la repetición del relato por parte del niño, niña y adolescente.
3. **Mejora de la coordinación,** a través de la existencia de la figura profesional del interlocutor social, con los/as diferentes profesionales implicados en un caso ASI.

Recomendaciones para el Ámbito Judicial

1. **La reducción de los tiempos de espera:** Los casos de abuso sexual infantil deberían ser tratados de forma preferente. Para ello, sería conveniente desarrollar mecanismos específicos para que los casos que tienen como víctima una persona menor de edad, sean tratados con preferencia, como en los casos donde hay prisión preventiva.
2. **La implementación de la prueba preconstituida:** También ayudaría a reducir los plazos y agilizar los procesos la generalización de la práctica de la prueba preconstituida, además de prevenir la victimización secundaria de la víctima y evitar que tenga que revivir lo ocurrido una y otra vez.
3. **Elaborar directrices para que los equipos psicosociales de los juzgados y del Instituto Médico Legal y de Ciencias Forenses puedan acudir a la Barnahus para realizar la prueba preconstituida.**
4. **Asegurar pruebas preconstituidas de calidad (I)** para evitar a toda costa que el niño, niña o adolescente sea llamado a declarar en juicio oral a causa de la mala calidad de su testimonio grabado. Es necesario que los/as profesionales conozcan las garantías necesarias para que la prueba preconstituida sea válida en un juicio y que se formen para asegurar la máxima calidad de la prueba, evitando así que el niño, niña o adolescente deba ser preguntado de nuevo. Para ello los/as profesionales deberán recibir una formación específica sobre cómo realizar una prueba preconstituida, y tendrán que tener un protocolo a seguir. Además, será necesario disponer de un/a técnico especializado/a en el equipo de grabación que será responsable de los detalles técnicos.
5. **La formación de los/las profesionales (II) - exploración:** Los/as profesionales de los equipos psicosociales deberían recibir formaciones oficiales y específicas sobre la exploración de víctimas de abuso sexual infantil. De cara a la especialización, sería conveniente que aquellos profesionales que usan el instrumento “Statement Validity Assessment” (SVA) (Evaluación de la Validez de

la Declaración) puedan formarse en técnicas de entrevista para la aplicación efectiva de esta.

6. **Agendar las pruebas preconstituidas con los niños, niñas y adolescentes en aquellos momentos que aseguren la privacidad y seguridad del/de la menor y eviten largas esperas.**
7. **Establecer plazos máximos de tiempo para recoger la prueba preconstituida**, ordenando las pruebas con celeridad y especificando a los equipos psicosociales que traten estos asuntos con urgencia.
8. **Realizar estudios** que permitan conocer el porcentaje de sobreseimientos que se producen en los Juzgados de Instrucción y sus causas, así como las tasas de realización de la prueba preconstituida y de declaración en juicio oral por parte de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia.
9. **Acordar criterios de actuación entre el sistema judicial y de servicios sociales** ante las alegaciones de violencia sexual en contextos de alta conflictividad entre las figuras parentales.
10. **Asegurar una mayor coordinación** entre el sistema judicial y otros sistemas **para evitar duplicidad de pruebas.**

Recomendaciones para la entrevista forense

1. **Especializar equipos** ofreciendo formación en psicología forense, entrevistas con niños víctimas y en victimización infantojuvenil.
2. **Diferenciar los roles, tareas y responsabilidades de las personas profesionales del trabajo social y de la psicología** para fomentar la complementariedad y la especialización de ambos.
3. **Formación inicial y continuada de los/as profesionales de la psicología forense** en técnicas de entrevistas basadas en la evidencia como el protocolo NICHHD.
4. **Ampliar la plantilla de los equipos psicosociales** y especializar los equipos, optimizando la distribución de casos en los equipos penales y los de familia para intentar evitar saturación de uno y otro.
5. Crear una **figura de coordinación** para los equipos psicosociales de los juzgados con perfil técnico, para establecer una mejor coordinación y directrices claras.

6. **Promover la utilización del espacio Barnahus** para realizar las entrevistas con los niños, niñas y adolescentes víctimas de ASI y de otro tipo de violencias hacia la infancia.
7. **Definir los elementos informativos de apoyo que pueden complementar y apoyar el testimonio del niño, niña o adolescente** y que pueden ser relevantes para las decisiones judiciales. Estos elementos resultan particularmente importantes en casos de especial dificultad en los que no es posible obtener una revelación completa o suficientemente clara.

Recomendaciones para el Sistema Público de Servicios Sociales

Común para todos ellos:

- **La formación específica de las/os profesionales, regular y sistemática**, sobre técnicas de entrevista y violencias hacia la infancia para reconocer estos casos y poder derivarlos y/o acompañarlos en sus medidas de protección.
- **El registro todos los casos de sospechas, detecciones o exploraciones por ASI**: Se debería crear un registro de aquellas sospechas o valoraciones de ASI que reciben a lo largo de los años.
- **La adaptación de los instrumentos de valoración**: En el caso en que se considere necesario continuar haciendo detección y valoración por parte de los SSAP, el instrumento que a día de hoy está en uso debería ser revisado y adaptado a las particularidades de la comunidad de Cantabria. Hay que mejorar las estructuras de organización, coordinación y derivación y adaptar el Balora al contexto cántabro.

Recomendaciones para los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP)

1. **La delimitación de las tareas del servicio**: Una mera sospecha de ASI por parte de los SSAP será suficiente razón de peso como para que el caso sea aceptado por parte del SIAF. El objetivo es siempre evitar la victimización y contaminación del relato evitando que el/la menor vaya saltando de un servicio a otro y sea entrevistado/a por diferentes servicios.

2. **El establecimiento de directrices claras para los diferentes casos de ASI con los que los/as profesionales pueden tener que trabajar:** Estas pautas de actuación deben dar indicaciones de cómo detectar posibles casos de ASI sin entrevistar reiteradamente a el /la niño/a, evitar la victimización secundaria y ofrecer apoyo técnico, asesoramiento y canales de derivación claros y eficientes, sin que sean los/profesionales de atención primaria los/as profesionales que tengan que investigar sobre la situación de abuso.

Recomendaciones para la Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familia

1. **La delimitación de las tareas del servicio:** Es recomendable que la entrevista a los/as menores de edad víctimas de abuso sexual infantil quede limitada en los espacios adecuados a los/as profesionales expertos que pueden realizar la prueba preconstituida y, en consecuencia, evitar la repetición del relato desde diferentes servicios o unidades.
2. **Considerar según el enfoque de derechos a la Barnahus como el espacio amigable que permite centrarse en la víctima** y atender por tanto derivaciones por sospechas de ASI tanto intra como extra familiar.
3. **Con el establecimiento de la Barnahus quedará pendiente establecer nuevas pautas de actuación y colaboración de está con la Unidad de recepción y valoración de casos del SIAF.**
4. **Mejora de la coordinación entre los ámbitos sanitarios y de protección a la infancia a través de figuras profesionales especializada en ASI y violencia hacia la infancia en ambos sistemas,** el Sistema Sanitario y la Subdirección de Infancia, Adolescencia y Familia.
5. **Avanzar hacia un servicio 24h de respuesta y atención a situaciones de violencia contra la infancia** para tomar medidas urgentes, gestionar los diferentes servicios y derivar a un servicio de valoración.
6. **El establecimiento de directrices diferenciadas para los diferentes casos de ASI con los que los/as profesionales pueden tener que trabajar:** Cada caso de abuso sexual infantil es particular y debe tener su propio proceso. No obstante, es necesario poder crear herramientas que diferencien bien las posibles situaciones y respondan a las preguntas que éstas plantean. Se debería poder diferenciar entre los casos de ASI intrafamiliares y extrafamiliares; entre aquellos en los que la persona que comete el abuso es un adulto y aquellos en los que la persona que comete el abuso es un menor; diferenciar también cuando el/la menor tiene

más o menos de 14 años (la edad penal) y es necesario también poder dar indicaciones de actuación institucional para aquellos casos en los que la persona abusadora forma parte del equipo que detecta el caso, por ejemplo, un/a profesor/a, un/a técnico de infancia, sanitario, ect.

7. Elaborar **pautas de actuación claras** con Fiscalía para que abran diligencias en base a los informes de la Unidad de recepción y valoración del SIAF o bien de la Barnahus.
8. **Elaborar procedimientos** de actuación coordinada entre el Sistema de Protección, Fiscalía y Salud cuando hay situaciones de urgencias que requieran sacar al niño, niña o adolescente del domicilio).
9. **Modificación del Decreto 58/2002** y elaboración de un nuevo decreto para incorporar la actuación y la derivación hacia la Barnahus, ordenar procedimientos y atención intra y extra familiar desde la Barnahus.
10. Redefinir el papel, rol y tareas de la persona **técnico de apoyo** de los 4 equipos territoriales de Infancia, para que se convierta en una figura de coordinación, que apoye a los equipos a nivel técnico y no lleve ningún caso pero que se encargue de la coordinación.

Recomendaciones para la Atención Terapéutica

1. **Ampliar y fortalecer la red de Salud Mental Infanto-Juvenil** de manera que garantice una atención universal, de calidad basada en intervenciones basadas en la evidencia, ágil y adecuada en tiempos para todos los niños, niñas y adolescentes en Cantabria.
2. **Incluir el Tratamiento especializado en trauma** para la adecuada atención a la infancia víctima de violencia.
3. **En la atención psicológica con niños y niñas víctimas de ASI se debe recurrir a tratamientos basados en la evidencia como el TF-CBT o el EMDR.**

SAVETHECHILDREN.ES