



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

78

INTERVENCION EN CRISIS POR ABUSO SEXUAL CONSIDERANDO LA ETAPA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL NIÑO

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA

LAURA GUERRERO BARRIOS

DIRECTORA:

LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ



MEXICO, D. F.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

2000

27/1/14



FACULTAD DE PSICOLOGIA
SECRETARIA ESCOLAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES

Por su sabiduría, amor, paciencia
y sobre todo el impulso que me
dieron para dar fin a esta meta
tan importante para mí.

A MI ESPOSO Y MI HIJA

Gracias por su cariño y apoyo,
que sin ellos no hubiera sido
posible el inicio ni el término
de todo esto.

A MIS PROFESORES

Por sus enseñanzas y
apoyo que me brindaron.

A DIOS

Por la vida, la salud y
la inteligencia dada, ya que
sin ésto no hubiera sido posible
recibirme como Psicólogo.

**INTERVENCION EN CRISIS POR ABUSO SEXUAL
CONSIDERANDO LA ETAPA DE DESARROLLO
PSICOSOCIAL DEL NIÑO**

INDICE

	PAGINA
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. LAS ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS	8
4. CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	18
5. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL SEGÚN LA ETAPA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL	32
6. APROXIMACIONES TERAPEUTICAS EN LA CRISIS	45
7. INTERVENCIÓN EN CRISIS DE ACUERDO CON LA ETAPA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL	64
CONCLUSIONES	69
LIMITACIONES	70
SUGERENCIAS	71
BIBLIOGRAFÍA.	72

TABLAS

Tabla 1: CONFLICTO NUCLEAR Y CUALIDADES YOICAS SEGÚN LA ETAPA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL	10
Tabla 2: DIAGRAMA EPIGÉNÉTICO	17
Tabla 3: VINCULACIÓN DE LAS DINÁMICAS GENERADORAS DE TRAUMA CON LAS ETAPAS DE DESARROLLO PSICOSOCIAL	44

1. RESUMEN

Las consecuencias del abuso sexual infantil han sido descritas a través de modelos como el Trastorno por Estrés Postraumático y las Dinámicas Generadoras de Trauma. Es importante considerar las distorsiones que el abuso sexual causa en el proceso de desarrollo de los niños y de las niñas.

En este trabajo, se tomó como base la teoría del desarrollo psicosocial de E. Erikson (1978) para explicar las consecuencias del abuso sexual de acuerdo a las etapas. En cada una de las ocho etapas, si el medio social lo favorece, se alcanzan una serie de virtudes o fortalezas que son base para el desarrollo de las etapas posteriores.

El abuso sexual distorsiona el proceso de desarrollo; por eso, el tratamiento psicológico para niños o niñas abusadas(os) sexualmente, implica crear o recrear una situación psicosocial que le proporcione condiciones para un desarrollo adecuado, es decir un ambiente familiar en el cual los adultos satisfagan las necesidades de los niños o de las niñas y no al revés. Un ambiente donde el niño o niña pueda confiar en que los adultos lo cuidarán y no lo dañarán; donde su autonomía y privacidad sean respetadas, sin coerciones destructivas; donde su iniciativa no conduzca a agresiones inesperadas y sentimientos de culpa inducidos por el agresor; y finalmente, donde sus capacidades constructivas se basen en el respeto de su identidad, evitando abrumadores sentimientos de inferioridad.

En este trabajo, se retomó la Intervención Terapéutica Primaria Metasistémica propuesta por Furniss (1993) como una alternativa para recrear las condiciones de desarrollo adecuadas después de un abuso sexual. Dicha intervención evita acciones parciales ya sean punitivas o protectoras, pero que no generan un cambio en los patrones de relación familiar, facilitando la revictimización del niño o de la niña y la familia. Evita la aplicación de "terapias antiterapéuticas" que no protegen a los niños o a las niñas de más abusos. Además, facilita el restablecimiento de patrones de relación que favorezcan la adquisición y consolidación de virtudes y fortalezas requeridas para el desarrollo de una personalidad sana. Se necesita investigación empírica que verifique los efectos que tiene este tipo de intervención sobre la recuperación de las fortalezas o virtudes propuestas por E. Erikson (1978) en niños abusados sexualmente.

2. INTRODUCCION

Aunque hace menos de dos décadas se empezó a hablar sobre el abuso sexual infantil, es un problema social que ha existido siempre, además, a quién sufre este tipo de victimización le acarrea consecuencias psicológicas, familiares y sociales considerables.

Hablando de la incidencia (el número de casos por periodo determinado, generalmente un año), se tiene que en el Distrito Federal, durante el periodo comprendido de enero de 1995 a junio de 1997, en las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia (PGJ), se denunciaron un promedio diario de 2.31 casos de abuso sexual, es decir, 843 casos anuales (La Jornada, agosto 27, 1997). Se estima que la cifra negra en delitos sexuales (el número de delitos que no son denunciados), oscila del 80 al 90% (La Jornada, agosto 27, 1997; Ruiz, 1989; citado en Kort, 1990).

En las Agencias antes mencionadas, de abril de 1989 a mayo de 1995 se atendió a 31,255 personas, 67% fueron víctimas y el 33% familiares. El delito sexual con mayor incidencia fue violación con 47%, seguido de abuso sexual con 27%. Las víctimas menores de 18 años representan el 53%, las agresiones a niños menores de trece años alcanzan el 25% del total, de estas, el 74% fue a niñas y el 26% a niños. El tipo de agresión más frecuente en estas edades fue abuso sexual con 44% y violación con el 35% (Pérez, 1995). R. González, desde principios de los años 90, realizó estudios sobre abuso sexual cuyos datos coinciden con los reportados por la PGJ (González S., 2000, Comunicación personal).

Respecto a la prevalencia (el número de personas adultas que sufrieron abuso sexual en su infancia), no existen estudios representativos de la población mexicana, sin embargo, la literatura existente sugiere que aproximadamente del 19 al 54% de las mujeres y del 9 al 19% de los varones en los Estados Unidos son victimizados sexualmente antes de los 18 años (Priest y Nishimura, 1995).

Además de la extensión del problema, se tiene que las consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual, en niños y niñas son graves y diversas. Las consecuencias a corto plazo incluyen, según la descripción de Faller (1990) síntomas

sexuales y no sexuales. Los efectos a largo plazo asociados con el abuso sexual infantil, sin importar el género son: experiencias disociativas, tendencias suicidas, problemas sexuales, dificultades en relaciones hombre-mujer y autodestrucción (Bagley y Ramsay, 1985; Briere y Runtz, 1987; Briere y Zaidi, 1989; Jehu et al., 1984/85; Maltz, 1988; Peters, 1984; Sedney y Brooks, 1984; Wyatt y Mickey, 1987; citado en Heath, Bean y Feinauer, 1996).

La agresión sexual es una crisis impuesta externamente que interactúa con las crisis del desarrollo, por lo cual es importante considerar las tareas de desarrollo de cada etapa del ciclo vital para entender mejor el impacto de la agresión en la víctima (Burgess y Holmstrom, 1974b; Notman y Nadelson, 1980). Considerar la etapa de desarrollo del niño o de la niña abusado(a) sexualmente, permitirá identificar sus necesidades y ofrecer las bases para una intervención más adecuada; lo cual es el objetivo de esta tesis.

Objetivo general

A través de la revisión bibliográfica del campo del abuso sexual infantil, identificar aspectos centrales para la intervención en crisis según la etapa de desarrollo, basándose en el enfoque psicosocial de E. Erikson (1978), con el fin de sugerir intervenciones adecuadas a la etapa de desarrollo del niño y de la niña hasta los 10 años.

Objetivos específicos

- Plantear una semblanza histórica de la consideración psicológica y social del fenómeno del abuso sexual infantil.
- A partir de los conocimientos que hasta la fecha existen sobre el abuso sexual infantil, describir sus características.
- Retomar el modelo teórico de E. Erikson (1978) acerca de las etapas del desarrollo humano, considerando su vinculación con las consecuencias del abuso sexual infantil.
- Identificar si en la literatura existen sugerencias precisas para la intervención en crisis, que consideren la etapa de desarrollo según el modelo de E. Erikson (1978).

- Realizar sugerencias para una intervención en crisis por abuso sexual que considere las etapas de desarrollo psicosocial de los niños o de las niñas hasta los 10 años

Justificación

En el desarrollo del conocimiento científico del abuso sexual infantil y sus consecuencias, ha habido distintos momentos. Se empezó con la descripción de sus características, posteriormente de sus efectos o consecuencias, a manera de listas de síntomas, después se configuró una explicación más global, la del Trastorno por Estrés Postraumático (DSM-IV, 1995). Más adelante, el modelo de Dinámicas Generadoras de Trauma del Abuso Sexual Infantil de Finkelhor y Browne (1985; citado en Finkelhor, 1988), aumentó la comprensión de las consecuencias de dicha agresión hacia los niños o las niñas.

Asimismo, los primeros escritos acerca de la intervención en crisis por abuso sexual (Burgess y Holmstrom, 1974b; Notman y Nadelson, 1980), señalaban la importancia de la etapa de desarrollo en la que ocurría la agresión. Sin embargo, no se ha profundizado en esta relación de la etapa de desarrollo psicosocial de los niños o de las niñas (Erikson, 1978) con las consecuencias e intervenciones apropiadas.

Marco histórico

Finkelhor (1987), pionero de la investigación científica acerca del abuso sexual infantil, presenta en su clásico libro "Abuso sexual al menor", una semblanza histórica del fenómeno. Señala que el abuso sexual tardó muchos años en llegar a ser un asunto de interés público, debido principalmente a la resistencia de la gente para discutir abiertamente acerca del sexo y en particular de experiencias como esta, viviendo así con el gran peso de la vergüenza y culpabilidad. En 1979, consideró que las actitudes moralistas habían disminuido lo suficiente como para permitir la discusión de este y otros temas sexuales.

Dos o tres décadas de estudio del fenómeno no son nada si las comparamos con los siglos y milenios en que el abuso sexual ha afectado la vida de incontables niños en la historia de la humanidad. Sin embargo, no siempre se ha considerado que el contacto

sexual entre niños y adultos sea abusivo, esta definición depende de los valores sociales dictados por la cultura y el periodo.

Mrazek y Kempe (1987) escribieron acerca de un ciclo continuo de cambios de actitud respecto a prácticas sexuales, donde hay conductas que pueden ser descritas como normales en un periodo, inmorales en otro, posteriormente criminales y luego psicopatológicas. Aplica el ciclo al contacto sexual niño-adulto, ejemplificando su consideración como algo normal. En la antigüedad, en Grecia y Roma había burdeles de niños varones casi en todas las ciudades; con la aprobación de la comunidad. Los incas peruanos prehispánicos (S. XIV d C), los egipcios de Ptolomeo y los viejos hawaianos permitían ciertos tipos de incesto.

Más adelante, se consideró el abuso sexual como algo inmoral. Los Judíos antiguos tenían una actitud inconsistente, penando la sodomía con niños de 9 años con muerte a pedradas; sin embargo, la cópula con niños más jóvenes no se consideraba un acto sexual y era penada con azotes. Con el advenimiento del Cristianismo, se juzgo a los niños o a las niñas incapaces de pensamientos, sentimientos o capacidades sexuales. Esta consideración, dificultó que los niños y las niñas fueran protegidos, lo cuál ocurrió hasta el siglo XVII, cuando la iglesia católica reprobó duramente cualquier relación sexual entre niños y adultos.

Posteriormente, con la declinación del poder eclesiástico, las sanciones contra el involucramiento sexual con niños pasaron a la jurisdicción del sistema judicial (Mrazek y Kempe, 1987). El abuso sexual, comparte con el abuso físico y el abuso emocional hacia los niños una historia de negación cultural que se puede ver reflejada claramente en un detalle significativo. En 1824 se fundaron en Inglaterra dos sociedades para la prevención de la crueldad hacia los animales (*National Society for the Prevention of Cruelty to Animals* y *The Royal Scottish Society for the Prevention of Cruelty to Animals*). En 1874, se invocaron las leyes de protección de los animales para rescatar a Mary Ellen (caso famoso ahora), que había sido maltratada por su madre adoptiva, puesto que los niños o las niñas no recibían una protección similar. Fue hasta bien entrado el siglo veinte que las leyes empezaron a prohibir, el maltrato de los niños o de las niñas (Walters, 1975).

Otro momento histórico es la conceptualización del abuso sexual infantil como un problema de psicopatología, siendo considerado una desviación sexual, enfocándose en el agresor (Mrazek y Kempe, 1987). Los moralistas han considerado a la perturbación infantil y la corrupción sexual de los niños o de las niñas como un problema de personas extrañas con problemas mentales que abordaban a niños pequeños, mientras hoy se sabe que la mayor parte de los abusos a niños o niñas se dan a manos de la propia familia o de los amigos.

Finkelhor (1987) expone que las teorías de Freud (1989, citado en Finkelhor, 1987) sobre la sexualidad infantil sacaron este tema al campo de la discusión científica actual. Él encontró que un buen número de pacientes reportaban haber sido abordadas sexualmente por sus padres y hermanos. Sugirió que el trauma sexual de la niñez era la raíz de los problemas psicológicos adultos. Más adelante (1900, citado en Finkelhor, 1987) decidió que esas historias eran fantasías, y no experiencias verdaderas, formulando el complejo de Edipo, que postulaba un fuerte impulso de parte del niño o de la niña por una unión sexual con el padre, lo cual lo llevaba a fantasías y algunas veces hasta actos abiertos por parte del niño.

Aparentemente, Freud abandonó su teoría original porque no estaba dispuesto a afrontar sus implicaciones: que los actos de sus semejantes, y tal vez de su propio padre, estaban tras las dificultades de sus pacientes. Esto equipó a los especialistas en salud mental con una ideología que quitaba importancia a los reportes de victimización sexual en la infancia. Esta teoría culpaba al niño, no al adulto, de sucesos ocurridos. Tomaba el oprobio moral dirigido al ofensor y lo colocaba en la víctima, obstaculizando el estudio serio y la promoción del problema de la victimización sexual infantil.

Minoff (1992) afirma que Freud no abandonó la teoría de la seducción; en 1905, en "Tres ensayos sobre una teoría de la sexualidad" dijo: "el abuso sexual de niños o niñas se encuentra con extraordinaria frecuencia entre maestros de escuela y personas que atienden a los niños o a las niñas, simplemente porque tienen la mejor oportunidad para hacerlo". Incluso en 1938 (citado en Minoff, 1992) consideraba que la seducción era "una experiencia común" aunque no universal.

Posteriormente, Kinsey tuvo un impacto ambivalente, abriendo nuevos caminos al establecer la virtual universalidad de las experiencias de perturbación a los o a las

niñas, abuso sexual e incesto. Sin embargo, se preguntó porque un niño o una niña debía sentirse perturbado(a) porque un extraño le tocara los genitales, es decir subestimó la importancia del abuso sexual.

Dos grupos sociopolíticos lograron que la problemática alcanzara prominencia como problema social: 1) los protectores infantiles (trabajadores sociales y médicos), quienes situaban al abuso sexual infantil como una faceta del problema del maltrato infantil y 2) el movimiento feminista, quienes lo veían como parte del problema de la violación. El abuso comparte aspectos de estos dos problemas, pero tiene características propias (Finkelhor, 1979/1987).

Antes de describir las características del abuso sexual y las consecuencias que ocasiona en los niños o las niñas , es pertinente tener en cuenta su proceso de desarrollo, mismo que determinará en gran medida la percepción y vivencia de una situación de abuso, así como las necesidades de intervención.

3. LAS ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Burguess y Holmstrom (1974b), pioneras en el estudio de crisis por violencia sexual, señalaron la importancia de tomar en cuenta la etapa en que ocurre la agresión sexual, retomando la formulación de Erik Erikson de las ocho etapas del desarrollo en el ciclo de vida humana. Sin embargo, no profundizaron en las implicaciones que esta sugerencia tiene para la intervención en crisis.

Aspectos básicos de la teoría psicosocial

El autor fue un psicoanalista alemán nacido en 1902, quien amplió las nociones de Freud acerca del desarrollo de la personalidad. Sus contribuciones más significativas son: a) el énfasis en el desarrollo de la personalidad sana; b) el principio epigenético y c) las etapas de desarrollo psicosocial y las crisis de identidad (Cuelli, R. de Aguilar, Martí, Lartigue y Michaca, 1990).

Erikson conceptualizó el desarrollo de la personalidad como una sucesión de fases diferenciadas, siendo cada una cualitativamente diferente de su predecesora. Entre una fase y la siguiente, los periodos de transición se caracterizan por una conducta desorganizada. La persona puede ser consciente de los cambios menores de humor, así como de las emociones fluctuantes y pensamientos experimentados durante la fase. La solución alcanzada en la fase previa es aplicable a la fase siguiente. Enfatizó la relación entre el desarrollo psicológico de la persona y su ambiente social, también subraya el aspecto normal de los estadios de desarrollo (Burguess y Holmstrom, 1974b).

Una personalidad sana es aquella que domina activamente su medio, muestra una cierta unidad de personalidad y es capaz de percibir al mundo y a sí misma correctamente. Dichas características, inicialmente ausentes en el infante, se van desarrollando gradualmente en pasos complejos. Así, crecer es el proceso de lograr la identidad del yo, visualizando y aceptando tanto su esencia interna como al grupo cultural en el que vive.

Propone que es propio de la naturaleza humana pasar por una serie de etapas psicosociales durante su crecimiento, las cuales están determinadas genéticamente, no

obstante la cultura en la que el crecimiento ocurre. El medio social, sin embargo, ejerce un efecto significativo en la aparición y la naturaleza de la crisis de cada etapa, e influye en el éxito con el cual el niño o la niña y el o la adolescente pueden dominarlas. Es decir, Erikson subrayó que la interacción del individuo con su ambiente social produce una serie de crisis psicosociales, con las cuales el individuo debe trabajar para lograr una identidad del yo y una salud psicológica. Cada crisis o etapa está planteada como una lucha entre dos componentes o características conflictivas de la personalidad (Cueli et al., 1990).

En su libro "Infancia y Sociedad", E. Erikson (1978) plantea que el desarrollo psicosocial de los seres humanos se puede dividir en "ocho edades del hombre". En cada edad, existen actitudes básicas alternativas, las cuales dan nombre a las etapas y constan de tres dimensiones: 1) maneras de *experimentar* accesibles a la introspección, 2) maneras de *comportarse*, observables por otros, y 3) *estados interiores* inconscientes (cursivas en el original).

Por lo general, las actitudes alternativas se han usado para nombrar las etapas de desarrollo en la teoría psicosocial de Erikson, en orden cronológico son: 1) confianza básica contra desconfianza, 2) autonomía contra vergüenza y duda, 3) iniciativa contra culpa, 4) industria contra inferioridad, 5) identidad contra confusión de rol, 6) intimidad contra aislamiento, 7) generatividad contra estancamiento y 8) integridad del yo contra desesperación.

En la tabla 1 se expone la relación entre las zonas, el conflicto nuclear y las fortalezas o virtudes que se logran en cada etapa. Las fortalezas esenciales constituyen el resultado perdurable de las proporciones favorables de las actitudes básicas alternativas. Las palabras en cursiva se denominan virtudes básicas porque sin ellas y sin su reemergencia de una generación a otra, todos los otros sistemas, más cambiantes, de valores humanos, pierden su espíritu y su pertinencia.

**Tabla 1: CONFLICTO NUCLEAR Y CUALIDADES YOICAS SEGÚN
LAS ETAPAS DE DESARROLLO PSICOSOCIAL DE E. ERIKSON (1978)¹**

EDAD ESTIMADA	ZONA	CONFLICTO NUCLEAR	CUALIDADES YOICAS
Del nacimiento a los 12 o 18 meses	Sensorio Oral	Confianza Básica Vs. Desconfianza	Pulsión y <i>esperanza</i>
De los 12 ó 18 meses a los 3 años	Muscular Anal	Autonomía Vs. Vergüenza y Duda	Autocontrol y <i>fuerza de voluntad</i>
De los 3 a los 6 años	Locomotor Genital	Iniciativa Vs. Culpa	Dirección y <i>propósito</i>
De los 6 años a la pubertad	Latencia	Industria Vs. Inferioridad	Método y <i>capacidad</i>
De la pubertad a la edad temprana adulta	Pubertad y Adolescencia	Identidad Vs. Confusión de Rol	Devoción y <i>fidelidad</i>
Edad temprana adulta	Adulterez joven	Intimidad Vs. Aislamiento	Afiliación y <i>amor</i>
Edad adulta intermedia	Adulterez	Generatividad Vs. Estancamiento	Producción y <i>cuidado</i>
Vejez	Madurez	Integridad del Yo Vs. Desesperación	Renunciamiento y <i>sabiduría</i>

¹(Maier, 1976) Las edades son aproximadas

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

Aquí se presentan, sobre la base del texto original de E. Erikson (1978) las primeras cuatro etapas, que son las que corresponden al desarrollo de los seres humanos hasta antes de la pubertad, periodo de interés del presente trabajo respecto al abuso sexual infantil.

Confianza básica versus desconfianza básica

La primera demostración de confianza social en el niño, es la facilidad de su alimentación, la profundidad de su sueño y la regulación de sus intestinos. el niño o la niña aprende que la regulación mutua entre sus capacidades receptoras y el cuidado materno, le va generando un bienestar, el cual contrarresta la inmadurez homeostática (la incapacidad para mantener el equilibrio del organismo por sí mismo) con que ha nacido. Su primer logro social es la disposición a permitir que la madre se aleje de su lado, sin experimentar indebida ansiedad y rabia, ya que se ha convertido en una certeza interior así como en algo exterior previsible.

“El estado general de confianza implica no solo que uno ha aprendido a confiar en la misma y la continuidad de los proveedores externos, sino también que uno puede confiar en uno mismo y en la capacidad de los propios órganos para enfrentar las urgencias, y que uno es capaz de considerarse suficientemente digno de confianza como para que los proveedores no necesiten estar en guardia para evitar un mordisco”.

La cantidad de confianza no parece depender de cantidades absolutas de alimento o demostraciones de afecto, sino de la cualidad de la relación materna. Las frustraciones inherentes a la vida se soportan siempre y cuando lleven a una experiencia renovada de una mayor misma y una continuidad más marcada del desarrollo. La convicción profunda de los padres acerca del significado social de la prohibición y el permiso, permiten a los o a las niñas afrontar las frustraciones, obteniendo un sentido de pertenencia más amplio.

Aun en circunstancias favorables, esta etapa introduce en la vida psíquica un sentimiento de división interior y de nostalgia universal por un paraíso perdido. La confianza básica debe mantenerse frente a este sentimiento de haber sido despojado, dividido y abandonado.

Autonomía versus vergüenza y duda

La maduración muscular prepara el escenario para la experimentación de las modalidades sociales de aferrar y soltar, que pueden conducir a expectativas y actitudes hostiles o bondadosas. El control exterior debe ser firmemente tranquilizador, protegiéndolo de la anarquia potencial de su incapacidad para retener y soltar con discreción. "Al tiempo que el medio ambiente lo alienta a 'pararse sobre sus propios pies', debe protegerlo también contra las experiencias arbitrarias y carentes de sentido de la vergüenza y la temprana duda".

La vergüenza supone que uno está completamente expuesto y consciente de ser mirado, es decir, consciente de uno mismo. Se trata en esencia de rabia vuelta contra el sí mismo. La provocación excesiva de vergüenza no lleva al niño o a la niña a una corrección genuina, sino a una secreta decisión de tratar de hacer las cosas impunemente, sin que nadie lo vea, cuando no trae como resultado una desafiante desvergüenza.

La duda tiene que ver con la conciencia de tener un detrás, área del cuerpo que puede ser mágicamente dominada y efectivamente invadida por quienes se muestran dispuestos a atacar el propio poder de autonomía.

Esta etapa se vuelve decisiva para la proporción de amor y odio, cooperación y terquedad, libertad de autoexpresión y su supresión. "Un sentimiento de autocontrol sin la pérdida de la autoestimación da origen a un sentimiento de buena voluntad y orgullo, un sentimiento de pérdida del autocontrol y de un sobrecontrol foráneo da origen a una propensión perdurable a la duda y la vergüenza".

Iniciativa versus culpa

La iniciativa agrega a la autonomía la cualidad de la empresa, el planeamiento y el "ataque" de una tarea por el mero hecho de estar activo y en movimiento. La modalidad social es "conquistar". En el varón el acento permanece puesto en los modos fálico-intrusivos; en la niña, se vuelca a modos de "atrapar" con una actitud más agresiva de arrebatarse o en la forma más sutil de hacerse atractiva y despertar afecto.

El peligro de esta etapa radica en un sentimiento de culpa con respecto a las metas planeadas y los actos iniciados en el propio placer experimentado ante el nuevo poder locomotor y mental.

La sexualidad infantil y el tabú del incesto, el complejo de castración y el superyó, se unen aquí para provocar esa crisis durante la cual el niño o la niña debe dejar atrás su abego exclusivo y pregenital a los padres e iniciar el lento proceso de convertirse en un progenitor. El niño o la niña puede desarrollar gradualmente un sentido de responsabilidad moral, comprendiendo en alguna medida instituciones, funciones y roles que permiten su participación responsable. En esta etapa no sólo se establece un sentido moral que limita lo permisible, sino que también determina la dirección hacia lo posible y lo tangible, permitiendo que los sueños de la temprana infancia se vinculen a las metas de una vida adulta activa.

Industria versus inferioridad

Esta etapa coincide con el periodo de latencia propuesto por Freud. Se sublima la necesidad de conquistar a las personas mediante el ataque directo o de convertirse en papá y mamá en forma apresurada, aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas. Desarrolla un sentido de la industria, adaptándose a las leyes inorgánicas del mundo de las herramientas, obteniendo placer de completar trabajos mediante la atención sostenida y la diligencia perseverante.

Los niños y las niñas desarrollan los *elementos fundamentales de la tecnología*, por lo general reciben una *instrucción sistemática* de acuerdo a la cultura a la que pertenecen (cursivas en el original). En la cultura occidental, leer y escribir son habilidades que permiten tener una base amplia para cualquier tipo de formación.

El peligro en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Si se decepciona de sus habilidades o de su status entre sus compañeros, puede renunciar a la identificación con ellos y con un sector del mundo de las herramientas. El desarrollo de más de un infante se ve impedido cuando el ambiente familiar no ha logrado prepararlo para la vida escolar, o cuando esta no alcanza a cumplir las promesas de las etapas previas.

Esta etapa es decisiva desde el punto de vista social, puesto que la industria implica hacer cosas junto a los demás y con ellos, en esta época se desarrolla un primer sentido de la división del trabajo y de la oportunidad diferencial. Existe un peligro si el escolar comienza a sentir que el color de su piel, el origen de sus padres o el tipo de ropa que lleva, y no su deseo y su voluntad de aprender, determinan su valor como aprendiz y, por tanto, su sentimiento de identidad. Otro peligro es la autorrestricción del hombre y la limitación de sus horizontes a fin de que incluyan sólo su trabajo, aceptando "lo eficaz" como el único criterio de valor, puede convertirse en el conformista y el esclavo irreflexivo de su tecnología y de quienes se encuentran en situación de explotarla.

El principio epigenético

Según E. Erikson (1978), el principio epigenético es la idea de que todo lo que crece está gobernado por un plan de construcción preestablecido. Aplicado al crecimiento psicosocial, implica que la personalidad aparenta desarrollarse de acuerdo con pasos predeterminados en el organismo humano, lista para ser guiada e informada y para interactuar con un amplio rango de individuos e instituciones significativas.

En el diagrama epigenético (tabla 2), la diagonal representa la secuencia normativa de adquisiciones psicosociales realizadas a medida que en cada etapa un nuevo conflicto nuclear agrega una nueva cualidad yoica, un nuevo criterio de fortaleza humana acumulada. Por debajo de la diagonal hay un espacio para los precursores de cada una de estas soluciones, todas las cuales existen desde el principio; sobre la diagonal hay un espacio para los derivados de esas adquisiciones y sus transformaciones en la personalidad madura y en maduración.

Los supuestos subyacentes a tal diagrama son: a) que la personalidad humana se desarrolla, en principio, de acuerdo con pasos predeterminados en la disposición de la persona en crecimiento a dejarse llevar hacia un radio social cada vez más amplio, a tomar conciencia de él y a interactuar con él; b) que la sociedad tiende en principio a estar constituida de tal modo que satisface y provoca esta sucesión de potencialidades para la interacción y de intentos para salvaguardar y fomentar el ritmo adecuado y la secuencia adecuada para su desenvolvimiento (Cueli et al., 1990).

Cuando la sociedad no favorece las condiciones óptimas o suficientemente positivas para el desarrollo psicosocial, las crisis de cada etapa no conducirán al establecimiento adecuado de virtudes y fortalezas correspondientes, tal como ocurre en el abuso sexual infantil.

El desarrollo psicosocial procede según pasos críticos, siendo lo "crítico" una característica de los cambios decisivos, de los momentos de elección entre el progreso y la regresión, la integración y el retardo. Cada ítem de fortaleza psicosocial considerado aquí existe de alguna forma antes de que llegue su momento crítico y está sistemáticamente relacionado con todos los demás, pues todos ellos dependen del desarrollo apropiado, en la secuencia adecuada, de cada uno.

Por ejemplo, una porción favorable de confianza básica con respecto a la desconfianza básica constituye el primer paso en la adaptación psicosocial, y una proporción favorable de voluntad autónoma con respecto a la vergüenza y a la duda, el segundo, la afirmación diagramática correspondiente, expresa un número de relaciones fundamentales que existen para ambos. Cada uno llega a su culminación, enfrenta su crisis y encuentra su solución perdurable durante la etapa indicada. Pero todas deben existir desde el comienzo en alguna forma, pues todo acto requiere una integración de todos los otros actos.

Un niño puede mostrar algo similar a la autonomía desde el comienzo, en conductas tales como intentar liberarse al sentirse apretado; aunque, en condiciones normales, sólo durante el segundo año comienza a experimentar toda la oposición crítica que significa ser una criatura autónoma y, al mismo tiempo, dependiente; y está listo para un encuentro decisivo con su medio social, un medio que, a su vez, se siente llamado a transmitirle sus ideas y conceptos particulares de autonomía y coerción en formas que contribuyen decisivamente al carácter y a la salud de su personalidad en su cultura. Es este encuentro, junto con la crisis resultante, lo que se ha descrito en cada etapa.

En cuanto al pasaje de una etapa a otra, la diagonal indica la secuencia a seguir, misma que puede tener variaciones en el ritmo y la intensidad, dependiendo del individuo o la cultura. No obstante, cada aceleración o retardo (relativos) tiene una influencia modificadora sobre todas las etapas posteriores.

Las etapas presentadas por el diagrama son mutuamente dependientes, lo que sugiere que su estudio se realice teniendo en cuenta la configuración total de las etapas. Hay que evitar el uso erróneo de esta concepción, como el supuesto de que los *sentimientos positivos* constituyen logros alcanzados de una vez y para siempre en un estado determinado. Los *sentimientos negativos* son la contraparte dinámica de los positivos.

El supuesto de que en cada etapa se alcanza una bondad que es impermeable a nuevos conflictos internos y a las condiciones cambiantes constituye una proyección en el desarrollo infantil de esa ideología del éxito que puede volvernos ineptos en la lucha por una existencia significativa en una nueva era industrial de la historia. La personalidad se debate continuamente con los peligros de la existencia, tal como el metabolismo del cuerpo lo hace con el deterioro. Cuando se llega a diagnosticar un estado de fortaleza relativa y los síntomas de su menoscabo, sólo así enfrentaremos más claramente las paradojas y las trágicas potenciales de la vida humana (Cueli et al., 1990).

Tabla 2: DIAGRAMA EPIGENETICO SEGÚN E. ERIKSON (1978)

	1	2	3	4	5	6	7	8
I Sensorio Oral	Confianza Básica Vs. Desconfianza							
II Muscular Anal		Autonomía Vs. Vergüenza y Duda						
III Locomotor Genital			Iniciativa Vs. Culpa					
IV Latencia				Industria Vs. Inferioridad				
V Pubertad y Adolescencia					Identidad Vs. Confusión de Rol			
VI Adultez Joven						Intimidad Vs. Aislamiento		
VII Adultez							Generatividad Vs. Estancamiento	
VIII Madurez								Integridad del Yo Vs. Desesperación

4. CARACTERÍSTICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Concepto de abuso sexual infantil

Hay muchas definiciones de abuso sexual infantil en la literatura. Una de las que más se usan es la de Kempe y Kempe (1984, citado en Hall y Lloyd, 1989), que dice

"El abuso sexual infantil es el involucramiento de niños(as) y adolescentes evolutivamente inmaduros, en actos sexuales, los cuales no comprenden plenamente, y a los que no pueden dar consentimiento informado, y que violan los tabúes de los papeles sociales".

Sgroi (1982; citado en Hall y Lloyd, 1989) dice que:

"El abuso sexual infantil es un acto sexual impuesto a un niño o una niña que carece de un desarrollo emocional, maduracional y cognoscitivo. La habilidad para inducir a un niño o una niña a entrar en la relación sexual está basada en la posición todo poderosa y dominante del adulto o perpetrador mayor, la cual está en agudo contraste con la edad del niño o de la niña, su dependencia o su posición subordinada. La autoridad y el poder capacitan al perpetrador, implícita o directamente, a obligar al niño o a la niña al sometimiento sexual".

Por otro lado la definición legal en México (Código Penal, 1996) incluye los delitos de abuso sexual, la corrupción de menores y la explotación sexual. El Artículo 261 dice que "el abuso sexual es cuando sin propósito de llegar a la cópula se ejecutan actos sexuales en una persona menor de doce años o que no tenga la capacidad de comprender el significado del hecho o que por cualquier causa no pueda resistirlo, u obligar a ejecutarlo". Si se hace uso de violencia física o moral las sanciones aumentan. El artículo 201, sanciona "al que procure o facilite la corrupción de un menor de dieciséis años o que no tenga la capacidad para comprender el significado del hecho, mediante actos de exhibicionismo corporal, lascivos o sexuales, o lo induzca a la prostitución, al homosexualismo y otras conductas". Los artículos 205 y 208 sancionan la explotación sexual por medio de la prostitución de menores con o sin violencia.

Sin embargo, los instrumentos jurídicos que previenen y sancionan la comisión de actos sexualmente abusivos están limitados, no consideran las prácticas sin secuelas físicas observables que, sin embargo, pueden resultar igualmente dañinas (González, Azaola, Duarte y Lemus s/f).

Quiénes son las víctimas

En las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, de abril de 1989 a mayo de 1995 se atendieron 31.255 personas, 67% de ellas fueron víctimas. El delito con mayor incidencia fue violación con 47%, seguido de abuso sexual con 27%. Las agresiones a niños y niñas menores de 13 años representaron el 25% del total, es decir, una de cada cuatro agresiones. El 73% fue a niñas y el 26% a niños y niñas (Pérez, 1995). Estas cifras respecto al sexo de los menores agredidos coinciden con las reportadas por Garza, Díaz, Jiménez, Rivera y Morales (1995) en una muestra clínica, donde eran de sexo femenino el 75% de las víctimas o sobrevivientes (acudieron en promedio cinco años después de ocurrido el abuso). En esa misma muestra, el rango de edades en las que inició el abuso estuvo entre 3 y 16 años, sin embargo, entre los 7 y 9 años se observaron casi la mitad de los casos (47%).

Existe menos investigación acerca de varones abusados sexualmente en la infancia. Las creencias y suposiciones de los investigadores acerca del abuso; y las expectativas sociales que obstaculizan el reporte del abuso, pueden contribuir a un reporte menor para los varones (Finkelhor 1984 y 1986; citado en Heath, Bean y Feinauer, 1996). Sin embargo, en México, del total de agresiones sexuales a varones denunciadas, el 67% es a menores de trece años, es decir en dos de cada tres agresiones (Pérez, 1995). Las diferencias en la probabilidad de reporte, pueden llevar a la presentación de información errónea.

Las diferencias de género en la socialización sexual pueden afectar la percepción de las invitaciones sexuales. Cuando un varón es invitado a tener sexo con "una mujer mayor", puede experimentar esto como un cumplido y una oportunidad para aprender acerca del sexo y el placer (Faller, 1990). Rissin y Koss (1987; citado en Faller, 1990) encontraron a una gran proporción de estudiantes varones que afirmaron haber participado en encuentros sexuales con mujeres, los cuales sobre la base de criterios de edad, podrían haberse considerado abusivos.

Quiénes son los agresores

En México, según los datos de Pérez (1995), en una población de denunciados de abuso sexual, el 68% del total de agresores resultaron ser conocidos de la víctima, 23% del total son conocidos familiares. 8% del total de las agresiones las cometió el padre o padrastro. 4% de las agresiones ocurrieron en la escuela o guardería. de estas, en tres de cada cuatro casos la agresión es perpetrada por alguien relacionado a la escuela (empleados, maestros, esposos de maestros, compañeros de clase).

Algunos estudios (Brown, Hull y Panesis, 1984; Clark y Grier, 1987; Mathews, 1987; O'Connor, 1987; Wolfe, 1985; citado en Bolton, Morris y MacEachron, 1989) sugieren que el número de mujeres involucradas en abuso sexual, puede ser mayor de lo que se creía. Finkelhor (1984a; citado en Bolton et al., 1989), revisando los datos de la *American Humane Association*, encontró que las mujeres eran agresoras en el 14% de los casos donde la víctima era hombre, y en el 6% de los casos donde la víctima era mujer. Esto no significa que el abuso sexual cometido por mujeres se dirija predominantemente hacia varones; hay que recordar que la incidencia de abuso sexual en niñas es mayor que en niños, esto hace que el impacto absoluto sea mayor en niñas.

De acuerdo con Russell y Finkelhor (1984; citado en Bolton et al., 1989), la predominancia de hombres entre los agresores sexuales, se explica por diferencias culturales. Se enseña a las mujeres a preferir parejas mayores, más grandes y más poderosas; a no iniciar los contactos sexuales y a distinguir entre demostraciones de afecto sexuales y no sexuales. A los hombres se les enseña a ser agresivos y a vencer resistencias; la excitación sexual en los varones tiende a estar divorciada del contexto, además el éxito sexual es parte de la identidad masculina.

Tipos de conducta sexual

A continuación se resumen los tipos de conducta sexual que pueden estar involucradas en el abuso de acuerdo con Faller (1990). Cabe aclarar que estas conductas no son abusivas si ocurren entre adultos que consienten.

SIN CONTACTO:

Comentarios sexuales

Exposición del agresor(a) de sus genitales, ano o pechos

Voyeurismo (observar al niño o a la niña mientras se desviste o se baña)

Fetichismo

Llamadas telefónicas obscenas

MANOSEO:

El agresor toca los pechos, los genitales o las nalgas del niño o de la niña, ya sea sobre la ropa o debajo de la ropa

El agresor(a) induce al niño o a la niña a tocar los pechos, los genitales o las nalgas del niño o de la niña sobre la ropa o debajo de la ropa

PENETRACION DIGITAL U OBJETUAL:

El agresor(a) pone un dedo u objeto en la vagina o ano de la víctima

El agresor o agresora induce al niño o niña a poner un dedo u objeto en su vagina o ano

SEXO ORAL:

Beso de lengua

Chupar, lamer, morder o succionar partes del cuerpo

Chupar, lamer, morder o succionar pechos

Cunnilingus (Chupar, lamer, morder o succionar la vulva)

Felación (Chupar, lamer, morder o succionar el pene)

Anilingus (Chupar, lamer, morder o succionar el ano)

Estas conductas se ejecutan ya sea sobre la víctima o sobre el agresor

PENETRACION DEL PENE:

Coito vaginal

Coito anal

Generalmente el agresor penetra a la víctima

Las conductas están presentadas de la menos a la más grave desde una perspectiva profesional. La víctima puede experimentar una interacción sexual relativamente no tan grave, como muy traumática. El abuso sexual inicial puede ser el punto menos penoso de un continuo, con el tiempo, el agresor puede emplear tipos de abuso más invasivos. Sin embargo, no siempre se encuentra una progresión

Parámetros de una relación abusiva

Hay algunos parámetros que ayudan a identificar una situación de abuso sexual infantil, de acuerdo con Faller (1990), estos son:

a) Involucra gente en diferentes etapas de desarrollo, generalmente por una edad diferencial significativa (cinco años ha sido la distancia comúnmente empleada). Otros factores son que

- 1) El agresor posee un conocimiento superior sobre el sexo
- 2) El acto es para el placer sexual del agresor
- 3) Existe poder diferencial entre víctima y agresor, el último en una posición de superioridad, este poder se ejerce mediante manipulación, amenazas o uso de fuerza. Esto implica que incluso entre niños y/o niñas de la misma edad puede existir abuso. En algunos casos, la víctima puede ser mayor (Faller, 1990).

En un estudio canadiense, se concluyó que el 60% de las víctimas de menos de 16 años habían sido forzadas físicamente o amenazadas por el ofensor, el 9% de los hombres y el 20% de las mujeres reportaron heridas físicas durante el ataque (Salter, 1988), es decir, la violencia física o la amenaza de ésta, se presenta con frecuencia en el abuso sexual a niños o niñas, que no consiste únicamente de manipulación.

b) La edad máxima para una víctima es por lo general 18 años. Los investigadores han influenciado, algunos usan 18, otros 16. La edad máxima puede variar de acuerdo al sexo, siendo menor para los varones. Otros toman en cuenta la edad diferencial entre víctima y agresor (Finkelhor, 1979b; Risin y Koss, 1987; citado en Faller, 1990). En México, la legislación sobre abuso sexual protege especialmente a los menores de 12 años, considerando penalidades agravadas en esos casos (González, G. et al., s/f).

c) El consentimiento debe ser informado, es decir, que la niña o niño debe tener una apreciación completa del significado del encuentro sexual. Finkelhor (1979b; citado en Faller, 1990) arguye que una niña(o) no puede dar ese consentimiento informado y que no es realmente libre para decir no. Así, las situaciones en las que un niño o una niña está de acuerdo en cooperar o participar activamente son abusivas. Lo mismo en situaciones donde niñas(os) previamente victimizados y/o perturbados inician el encuentro sexual con adultos. Respecto a los adolescentes, el juicio es influenciado por la edad de consentimiento legal, es difícil llegar a una respuesta clara del corte.

Patrones de abuso sexual

- a) Sexo en dúo. Es el patrón más común, hay un agresor y una víctima, estos encuentros son característicos en el abuso sexual dentro o fuera de la familia.
- b) Sexo grupal. Puede involucrar más de una víctima y/o más de un agresor, como en familias con múltiples incestos o en guarderías.
- c) Explotación sexual. Las niñas y los niños son utilizados para producir pornografía y en la prostitución (Burgess et al., 1984; Crewdson, 1988; Campagna y Poffenberger, 1988; Sasson, 1988; citado en Faller, 1990).
- d) Círculos sexuales. Son establecimientos donde niñas(os) descuidados y con carencias, son seducidos con atenciones y regalos; una vez establecida una dependencia material y/o emocional, se les requiere sexo (Burgess et al., 1984; Crewdson, 1988; Faller, 1988a; citado en Faller, 1990).
- e) Rituales de abuso sexual. Los rituales privados incluyen posturas determinadas (a menudo de sometimiento), afirmaciones, cánticos o tipos particulares de vestimenta, y deben ser seguidos estrictamente para gratificación del ofensor. Los rituales grupales a menudo incluyen prácticas ocultas, incluso satánicas. Este patrón de abuso genera controversia, hay quien dice que está muy extendido y quien duda de su existencia.

Abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar

El abuso sexual intrafamiliar implica que el agresor es de la familia del niño, aunque no siempre viva en la misma casa que la víctima. Esto incluye padres, padrastros, padres adoptivos, madres, madrastras, hermanos (de sangre o adoptivos), tíos, abuelos, primos y otros parientes consanguíneos. El abuso sexual extrafamiliar involucra personas de fuera de la familia, tales como amigos, cuidadores, maestros, consejeros, novio de la mamá, vecinos y extraños (Fischer y McDonald, 1998). Una revisión de 10 estudios mostró que la incidencia de abuso intrafamiliar va del 10 al 50% (Bagley y King, 1990; citado en Fischer y McDonald, 1998).

Fischer y McDonald (1998), estudiando 1,101 casos de las cortes, encontraron 44% de ellos fueron intrafamiliares, es decir, 56% fueron extrafamiliares. Sin embargo, es importante tener en mente que sólo 4% del abuso intrafamiliar se reporta a la policía (Russell, 1983; citado en Fischer y McDonald, 1998). Respecto al sexo de los pequeños, 23% fueron niños y 77% niñas, sin diferencias significativas respecto al sexo en casos intra o extrafamiliares. A continuación se presentan los resultados de dicho estudio.

La edad promedio en que el abuso empezó fue menor para las víctimas de abuso intrafamiliar (5 años para los niños y 7 años para las niñas) que para las de abuso extrafamiliar (8 años para los niños y 10 para las niñas). Esto puede explicarse porque los niños o las niñas pequeños(as) pasan más tiempo en casa, siendo más accesibles a los agresores intrafamiliares que los niños o las niñas mayores, quienes van a la escuela, y pueden involucrarse en actividades recreativas y culturales. Hay que notar que en los dos tipos de abuso, la edad de comienzo fue menor para los varones. Podría ser que los varones adolescentes teman hablar sobre el abuso por miedo a ser tachados de homosexuales, o tal vez se defienden mejor o no son tan atractivos para los agresores como los niños o las niñas prepúberes.

Respecto a la severidad del abuso, se encontró que las víctimas de abuso intrafamiliar sufrieron conductas más intrusivas que las de abuso extrafamiliar, aunque en realidad estas diferencias se encontraron sólo en penetración anal y digital, y no para manoseo genital, manoseo genital mutuo, coito simulado, sexo oral y penetración

vaginal con el pene, con lo cual se cubre todo el espectro de conductas sexualmente abusivas.

La duración del abuso fue mayor en el caso de abuso intrafamiliar. Sólo 24% del abuso intrafamiliar involucró un incidente aislado, mientras eso sucedió en 62% de los casos del extrafamiliar. 24% del abuso intrafamiliar duró más de un año, mientras eso fue así en sólo 4% de los casos del extrafamiliar. Esto se debe a que un miembro de la familia tiene más facilidad para acceder a la víctima; además, la dificultad para denunciar el abuso es mayor, e incluso presentar testigos es menos probable (30% en extrafamiliar y 17% en intrafamiliar). Además, parece probable que los agresores intrafamiliares avancen más rápidamente a un grado mayor de intrusión que los extrafamiliares, provocando más daños físicos y emocionales.

El uso de la fuerza física y verbal fue mayor en el caso de abusadores extrafamiliares. Aunque esto es debido a que sus víctimas son mayores y ofrecen más resistencia, ya que los agresores intrafamiliares también usan la fuerza si sus víctimas son mayores (12-17 años). Los abusadores extrafamiliares usaron sobornos como dinero y dulces con más frecuencia, mientras los abusadores intrafamiliares instruían a sus víctimas a no decir a nadie sobre el abuso.

Explicación del abuso sexual infantil

Finkelhor (1986, citado en Echeburúa, 1994) formuló un modelo que explica los factores por los cuales algunos adultos agreden sexualmente a niños o niñas. Incluye cuatro procesos complementarios que actuarían en combinaciones diversas para propiciar el interés sexual de un adulto sobre los niños o las niñas:

- I) Congruencia emocional: los niños o las niñas resultarían atractivos debido a su baja capacidad de dominación, atrayendo a los varones, socializados para dominar.
- II) Excitación sexual: los niños o las niñas resultan sexualmente atractivos debido a las experiencias personales de los agresores.
- III) Bloqueo: muchos sujetos tendrían problemas para establecer relaciones adultas con mujeres.
- IV) Desinhibición: las drogas, el alcohol y ciertas distorsiones cognitivas podrían

actuar como elementos precipitadores de desinhibición. Algunas de estas distorsiones son: "las caricias sexuales no son en realidad sexo y por ello no se hace ningún mal"; "los niños o las niñas no lo dicen debido a que les gusta el sexo"; "Cuando los niños o las niñas preguntan sobre el sexo significa que él o ella desean experimentarlo" (Abel et al. 1984, citado en Echeburúa, 1994)

Una explicación alternativa es la ofrecida por Furniss (1993), quien incorpora una visión de sistemas para explicar el abuso, especialmente aquel que ocurre dentro de la familia, sin embargo, su explicación abarca también al abuso extrafamiliar.

El abuso sexual como síndrome de secreto y síndrome de adicción

Furniss (1983) conceptualiza al abuso sexual infantil como un síndrome de secreto para el niño o la niña y la familia, y como un síndrome de adicción para la persona que comete el abuso. El síndrome de secreto es determinado por factores externos, aspectos específicos del secreto en la interacción abusiva y por factores psicológicos internos. El síndrome de adicción tiene semejanzas impresionantes con otras formas de adicción, aún cuando la "droga" es una criatura estructuralmente dependiente.

El síndrome de secreto

FACTORES EXTERNOS DEL SÍNDROME DE SECRETO

1. Prueba forense y evidencia médica. Es muy difícil contar con evidencia física que pruebe de manera concluyente que existió abuso.
2. Acusaciones verbales. A falta de evidencias físicas, se requiere la acusación verbal del niño o de la niña o alguna otra persona que lo represente. Con el enfoque punitivo, es difícil que las personas que cometen abuso lo admitan. Las amenazas contra el niño o la niña frecuentemente conducen al sufrimiento prolongado del abuso, pues el niño o la niña no tiene el valor de revelarlo. Incluso puede negar que esté sucediendo si teme por sí mismo, por su familia o por la persona que comete el abuso.

3. No creer lo que dice el niño. En casos de abuso sexual prolongado dentro de la familia, es frecuente encontrar que los niños o las niñas habían intentado revelar el abuso a sus madres, a otros miembros de la familia o a personas de fuera y que no les creyeron, las llamaron mentirosas o las castigaron. Las agencias externas muchas veces tampoco creen en la revelación del niño. Esta incredulidad se extiende al sistema legal; como resultado de esto, a pesar de un proceso legal, muchos niños o niñas que sufren abuso sexual son forzados a continuar viviendo con la persona que abusa y con el abuso.
4. Mintiendo sobre amenaza. Los niños o las niñas que sufren abuso frecuentemente son obligados a no decir nada. Les dicen que lo que sucede durante el abuso es un secreto entre él y el abusador. El secreto es reforzado por la violencia, amenazas de violencia o castigo. A veces se encuentra una mezcla de amenaza y soborno.
5. Ansiedad en relación con las consecuencias de la revelación. En muchos casos los niños o las niñas son amenazados(as) de que los(as) enviarán fuera, de que los(as) matará la persona que comete el abuso o de que ésta se matará, de que el matrimonio de los padres terminará. En muchas ocasiones, con estas amenazas se atribuye la culpa y total responsabilidad de esos eventos al niño, ya sea de forma implícita o explícita.

ASPECTOS INTERACCIONALES DEL SECRETO

1. Mentira y negación. La preocupación con los aspectos legales y de protección al niño o a la niña conducen a una severa negligencia de los aspectos psicológicos e interpersonales del abuso sexual del niño. Muchas veces, los eventos psicológicos de mentira consciente y de negación inconsciente son confundidos. En la mentira, el niño o la niña está totalmente consciente de los hechos. En la negación, el niño o la niña no percibe la comunicación inconsciente del abuso. La persistencia del abuso como secreto familiar aun después de una revelación clara y con intervención legal, es resultado de la negación.

2. La anulación del abuso en la propia interacción abusiva. La naturaleza sexual del abuso y de la experiencia en sí es negada en tres niveles contextuales:
- a. El contexto del abuso. El abusador intenta crear condiciones que anulen la realidad externa del abuso: silencio, oscuridad, ningún contacto visual, contacto físico ritualizado. Este contexto contrasta con las fuertes sensaciones físicas que puede haber: dolor, excitación y ansiedad (aumentada por el desamparo e incapacidad del niño o de la niña para dejar la escena).
 - b. Transformación de la persona que abusa en "otra persona". El abusador, cuando está en estado de excitación sexual, se comporta de forma muy distinta que habitualmente. Eso puede asustar mucho al niño: gestos distintos, patrón poco común de lenguaje, tono de voz alterado y comportamiento físico extraño. Es como si quisieran negar con su rostro lo que está pasando más abajo. Durante un contacto intensamente físico y corporal, intentan desconectarse totalmente del niño o de la niña en términos psicológicos.
 - c. Rituales de entrada y salida. El ritual de entrada sirve para transformar una interacción común padre-niño en una interacción "otra persona"-niño, sin nombrar esa transición. En el ritual de salida ocurre el proceso contrario de transición de esa "otra persona" abusiva en un padre y adulto confiable. Estos rituales refuerzan la anulación y negación del abuso, así como la disociación de los mensajes sensoriales contradictorios durante el abuso. El espacio de tiempo entre el inicio del ritual de entrada y el final del ritual de salida marca el periodo de tiempo del abuso sexual. Después del abuso, la persona que cometió el abuso y el niño o la niña se comportan como si aquello nunca hubiera ocurrido.

SECRETO INTERNALIZADO

Summit (1983, citado en Furniss, 1993) describió cómo los niños o las niñas que sufren abuso sexual en secreto, desamparo y bajo engaño, se comienzan a adaptar psicológicamente a una situación intolerable, volviéndola normal. Las estructuras psicológicas básicas que permiten la sobrevivencia psíquica se desarrollan al costo de una percepción gravemente distorsionada de la realidad externa y emocional. Los niños o las niñas intentan sobrevivir al abuso de diferentes maneras: descubriendo estados alterados de consciencia para desligarse del dolor o disociarse de su cuerpo, viendo el abuso a distancia, haciendo como si estuvieran durmiendo o como si la parte de abajo del cuerpo no existiera.

VINCULOS SEXUALIZADOS, FORMACION DE HABITO Y GRATIFICACION SECUNDARIA.

Estos aspectos contienen elementos de experiencia positiva en el abuso sexual. Contribuyen al comportamiento extremadamente leal de algunos niños o niñas y adolescentes que sufrieron abuso sexual.

La dificultad para reconocer que algunos niños o niñas quedan sexualmente excitadas(os) por el abuso, es parte de la negación de los profesionales y otros adultos de la naturaleza sexual del abuso sexual. La excitación sexual y la descarga de tensión a través de la estimulación es extremadamente formadora de hábito y conduce a una fuerte sexualización, observada tanto en niños o niñas pequeñas(os) como en adultos. La actuación sexual en niños, producto del hábito, puede ser extremadamente difícil de tratar.

La gratificación secundaria a través de sobornos y recompensas puede tener efectos extremadamente corruptores. El niño o la niña sabe que las recompensas materiales no serán recibidas por niños o niñas que no sufren abuso. Los abusadores convencen a las niñas de que son mejores, más encantadoras y especiales que otras personas significativas en sus vidas. Una sensación distorsionada de ser especial puede resultar en un ego inflado que es espurio y falso y no se relaciona con los cuidados necesarios de su verdadero yo.

El fuerte apego de las víctimas a la persona que abusa es, en muchos casos, reflejo del hecho de que el abuso es la atención más importante que obtienen, e incluso la única.

El síndrome de adicción

El abuso sexual del niño o de la niña como síndrome de adicción para la persona que abusa, es complementario al abuso sexual como síndrome de secreto para el niño, la persona que abusa y la familia. Aunque haya diferencias en relación con otras formas de adicción, las semejanzas son impresionantes.

- 1) Las personas que abusan sexualmente de los niños o de las niñas saben que el abuso está mal y que constituye un crimen.
- 2) La persona que abusa sexualmente sabe que el abuso es perjudicial para el niño. A pesar de eso, el abuso sucede.
- 3) El abuso sexual, como otras adicciones, no crea principalmente una experiencia placentera, pero sirve para aliviar la tensión.
- 4) El proceso es conducido por la compulsión a la repetición.
- 5) Los sentimientos de culpa y el conocimiento de estar perjudicando al niño o a la niña pueden llevar a tentativas de parar el abuso.
- 6) El aspecto sexual egosintónico del abuso sexual da a la persona que abusa una "excitación" que constituye el elemento adictivo central.
- 7) La gratificación sexual del acto sexual ayuda a la evitación de la realidad y apoya una baja tolerancia a la frustración, mecanismos frágiles de manejo y funciones cognitivas frágiles.
- 8) Los aspectos egosintónicos y sexualmente excitantes del abuso sexual y el subsecuente alivio de tensión crean dependencia psicológica.
- 9) La persona que abusa sexualmente tiende a negar la dependencia, para ella misma y para el mundo externo, independientemente de las amenazas legales.
- 10) La tentativa de parar el abuso puede llevar a síntomas de abstinencia tales como ansiedad, irritabilidad, agitación y otros síntomas.

El abuso sexual como síndrome de adicción no significa que las personas que abusan sexualmente no sufran o no necesiten ayuda. Se requiere diferenciar nuevamente entre mentira y negación. El abuso sexual puede ser negado psicológicamente como expresión de la evitación de la realidad aun en casos en que el abusador confesó abiertamente en el tribunal. Asumir completamente la autoría del abuso sexual como realidad psicológica puede ser extremadamente amenazante y atemorizador para las personas que abusan sexualmente.

El abuso sexual como síndrome de adicción también significa que las personas que abusan sexualmente no quedan "curadas" después de un tratamiento exitoso. En circunstancias de estrés y en situaciones que les presenten la oportunidad, las personas que abusan sexualmente corren el riesgo de volver a abusar.

El proceso de cruce entre secreto y adicción

Los síndromes de secreto y adicción son síndromes interligados. El abuso sexual del niño o de la niña es una interacción ilegal, adictiva para la persona que abusa, en que la "droga" es un niño o una niña estructuralmente dependiente. En muchos casos, el niño o la niña se relaciona con la persona que abusa como figura parental. La adicción a una "droga" que es un niño o una niña estructuralmente dependiente vuelve extremadamente difícil y, al mismo tiempo, de máxima importancia, la discontinuación efectiva de la adicción.

El aspecto del secreto y el aspecto de adicción constituyen, ambos, mecanismos de evitación de la realidad para la persona que abusa, siendo que el niño o la niña es forzado(a) a asociarse al síndrome de secreto. La gran dificultad de parar el abuso, romper el secreto, crear y mantener la realidad y lidiar con los apegos mutuos, frecuentemente muy fuertes y destructivos entre la persona que abusa y el niño o la niña son efectos específicos del abuso sexual como síndrome conectador de secreto y adicción.

5. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL SEGÚN LA ETAPA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL

Consecuencias a corto plazo del abuso sexual

Las consecuencias a corto plazo pueden ser indicadoras de la ocurrencia de abuso sexual en niños o niñas. Incluyen, según la descripción de Faller (1990):

- 1) Síntomas sexuales: Demostrar conducta sexual, poseer conocimiento sexual y/o hacer afirmaciones sobre actividades sexuales. Sobre todo si estas manifestaciones no son atribuibles a información obtenida con compañeros o a la educación. Si presentan agresión sexual, abordaje sexual a mayores, conducta seductora o afirmaciones de abuso, hay que tener especial cuidado.
- 2) Síntomas no sexuales: Trastornos del funcionamiento (problemas de sueño, alimentación, intestino o vejiga); problemas emocionales (depresión, preocupación, hiperactividad, ansiedad, fobias); problemas conductuales (agresión física, robos, crueldad hacia animales, incendios); retrasos en el desarrollo y/o problemas escolares. Como también pueden ser respuestas a otro tipo de trauma, es necesario realizar un interrogatorio sensible.

Cazorla (1994) en un estudio con niños y niñas mexicanas(os) coincide en cuanto a los síntomas a corto plazo y además menciona las demandas de afecto, el aislamiento y el coraje contra el agresor.

Los síntomas, especialmente los relacionados con problemas en el funcionamiento, pueden ser generados por otras dificultades de la vida, como abuso físico, conflictos entre los padres, divorcio, alcoholismo, nacimiento de un hermano, muerte, mudanza o desastre natural.

Es importante tener en cuenta que algunos niños o niñas pueden estar experimentando abuso sexual o haber sido victimizadas(os) en el pasado y no manifestar signos abiertos del trauma. En un estudio con 369 víctimas, el 21% no presentaron síntomas (Conte y Berliner, 1988; citado en Faller, 1990). Es probable que

los efectos sean sutiles o demorados o que la socialización del agresor (o de la familia) impida la revelación; los síntomas pueden ser interpretados como consecuencia de otras experiencias o como normales del desarrollo. De acuerdo con Finkelhor (1984a; citado en Bolton et al., 1989), aun aquellos eventos que no parecen dejar una marca permanente, se recuerdan como un evento negativo y no placentero.

Adams-Tucker (1982; citado en Bolton et al., 1989) encontró que los pequeños victimizados a temprana edad parecen recibir diagnósticos menos severos que los abusados sexualmente antes de o durante la adolescencia. Ser mujer, la falta de un adulto que apoye, la agresión por el padre, la agresión por más de un pariente y ser molestado genitalmente correlacionaron con un diagnóstico más severo. La variable más importante para reducir el trauma es la disponibilidad de un sistema de apoyo para el menor. Otras variables son la percepción del sobreviviente de su papel en el evento, la relación con el agresor y los mecanismos de enfrentamiento del niño.

Consecuencias a largo plazo del abuso sexual

Heath, Bean y Feinauer (1996) estudiando a 55 varones y 437 mujeres abusados sexualmente en su infancia, encontraron que el predictor más importante de sintomatología traumática para ambos sexos fue la severidad del abuso. El trauma en las mujeres es influenciado por otros componentes de la experiencia abusiva, como la identidad y número de perpetradores, la duración de la experiencia y la presencia de abuso físico. Una explicación posible para este hallazgo puede encontrarse en el paradigma externalizar-internalizar (Conte, 1986; citado en Heat et al., 1996).

Las mujeres que buscan terapia por los efectos traumáticos del abuso sexual en la infancia, reportan haber experimentado formas más extremas de abuso, con un inicio a más temprana edad, de mayor duración y por más agresores, de lo que ha sido encontrado en estudios con poblaciones no clínicas (Gold; Hughes y Swingle 1996).

Feinauer, Mitchell, Harper y Dane (1996), reportaron que las sobrevivientes agredidas por su padre o padrastro, y cuyo abuso tuvo mayor duración y frecuencia, muestran mayores síntomas traumáticos. Buscando factores individuales que expliquen la variabilidad de las respuestas, encontraron que la fortaleza (*hardiness*) es un mecanismo de enfrentamiento exitoso que amortigua eventos estresantes como el

abuso sexual infantil, su severidad, frecuencia, duración y la identidad del agresor. La fortaleza es una habilidad aprendida para enfrentarse con situaciones o eventos estresantes, de forma que sean transformados a un punto de vista positivo (Kobasa, 1980; citado en Feinauer et al., 1996).

González, A. (1996) en un estudio del TEPT en 51 sobrevivientes de abuso sexual, encontró tres componentes, y coincide con González, R. (1990 en González, A., 1996): en cuanto al Síndrome Postraumático en Sobrevivientes de Agresión Sexual en la infancia, se afirma que la conducta adulta se verá matizada por una necesidad constante de control (perdida en la infancia) a través de conductas extremas en el comportamiento general, y en particular en cuanto a la vida sexual: abstinencia vs. promiscuidad; erotización de las relaciones significativas vs. falta de afectividad de las relaciones eróticas; elección de relaciones de pareja victimizadoras vs. elección de relaciones de pareja igualitarias.

Trastorno por estrés postraumático

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) facilitó la consideración de los efectos a corto, mediano y largo plazo del abuso sexual infantil (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV, DSM-IV, 1995; Finkelhor, 1988).

En el DSM-IV, dice que: "La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (Criterio A1). La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos (o en los niños o niñas un comportamiento desestructurado o agitado) (Criterio A2).

El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento

traumático (Criterio B), de evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo (Criterio C), y de síntomas persistentes de activación (*arousal*) (Criterio D). El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes (Criterio E) y provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio F)".

El diagnóstico se establece si están presentes los Criterios A1 y A2; por lo menos un síntoma del Criterio B, tres o más síntomas del Criterio C, dos o más síntomas del criterio D, el Criterio E y el F.

En el DSM-IV se enumeran de forma no exhaustiva, acontecimientos que pueden originar TEPT, entre ellos se incluyen, los ataques personales violentos, como la agresión sexual. En los niños o niñas, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inapropiadas para la edad, aun en ausencia de violencia o daño reales. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos. La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante.

La reexperimentación del acontecimiento puede ser por recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones; en las(os) niñas(os) esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma (Criterio B1); pesadillas recurrentes, en las(os) niñas(os) sueños terroríficos de contenido irreconocible (Criterio B2); los estados disociativos son muy poco frecuentes, pueden durar de pocos segundos hasta días, la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en el suceso (Criterio B3). Si el individuo se expone a estímulos internos o externos que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suele experimentar un malestar psicológico intenso (Criterio B4) o respuestas de tipo fisiológico (Criterio B5).

La evitación puede manifestarse haciendo esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso (Criterio C1) y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él (Criterio C2),

puede presentarse amnesia sobre aspectos del acontecimiento (Criterio C3). El "embotamiento psíquico" o "anestesia emocional" puede manifestarse en la disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes (Criterio C4), una sensación de alejamiento o enajenación de los demás (Criterio C5) o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones (especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad) (Criterio C6). El individuo puede describir una sensación de futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal (Criterio C7).

El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) que no existían antes del trauma. Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño (Criterio D1), hipervigilancia (Criterio D4) y respuestas exageradas de sobresalto (Criterio D5). Algunos individuos manifiestan irritabilidad o ataques de ira (Criterio D2) o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas (Criterio D3).

Entre las especificaciones de inicio y duración se encuentran: Agudo, si dura menos de 3 meses; Crónico, si dura 3 meses o más y De inicio demorado, si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

En ocasiones las actividades que simulan o simbolizan el trauma original interfieren acusadamente con sus relaciones interpersonales, lo que puede dar lugar a conflictos conyugales, divorcio o pérdida del empleo. Cuando el agente estresante es de carácter interpersonal (como en la violencia sexual), puede aparecer: afectación del equilibrio afectivo; comportamiento impulsivo y autodestructivo; síntomas disociativos; molestias somáticas; sentimientos de inutilidad, vergüenza, desesperación o desesperanza; sensación de prejuicio permanente; pérdida de creencias anteriores; hostilidad, retraimiento social; sensación de peligro constante; deterioro de las relaciones con los demás, y alteración de las características de personalidad previas (DSM-IV, 1995).

El TEPT ha sido el modelo más usado para explicar los efectos del abuso sexual infantil (Finkelhor, 1988). Su utilización ha permitido describir de forma estructurada los

efectos del abuso sexual, estableciendo puentes con otros tipos de trauma (desastres naturales, víctimas de crímenes violentos, testigos de muerte violenta de una persona amada); también ha posibilitado la reducción del estigma de la victimización, al retar la idea de que el trauma es autoinfligido.

Sin embargo, el TEPT no incluye síntomas como el culparse a sí mismo, las tendencias suicidas, el abuso de sustancias y la tendencia a victimización subsecuente. Aunque el miedo, las imágenes intrusas y el adormecimiento de afectos y relaciones sociales coinciden con dicho diagnóstico. El TEPT localiza el trauma en el área afectiva, y en el abuso sexual también se afecta la cognoscitiva con creencias distorsionadas acerca del yo y de otros, culparse a sí mismo, mala información sexual y confusión sexual (Finkelhor, 1988). Corwin (1985 en Finkelhor, 1988), al definir el "trastorno del niño o de la niña abusado sexualmente" nota la importancia de la "conciencia inapropiada para la edad" acerca de la sexualidad, conocimientos e intereses prematuramente inculcados en el niño.

Por las características únicas de las respuestas al abuso sexual, particularmente algo del trauma sexual, parece preferible delinear un síndrome separado. Este síndrome puede usar algunos de los conceptos y dinámicas descritos en el TEPT, pero mantener puntos específicos del abuso sexual. Esto recomiendan otros investigadores y clínicos (Briere y Runtz, 1988, Corwin, 1985 y Summit, 1983; citado en Finkelhor, 1988).

El TEPT se incorpora en la distorsión de las capacidades afectivas. Las suposiciones incorrectas o disfuncionales inducidas por el agresor y los mecanismos de enfrentamiento que el niño o la niña desarrolla pueden ser adaptativos y bien integrados a la experiencia del abuso y sus consecuencias, pero pueden ser disfuncionales al enfrentarse con un mundo donde el abuso no es la norma.

Modelo de dinámicas generadoras de trauma del abuso sexual

Desarrollado por Finkelhor y Browne (1985; citado en Finkelhor, 1988), este modelo entiende a una dinámica generadora de trauma como una experiencia que altera la orientación emocional o cognoscitiva de un niño o una niña hacia el mundo y causa trauma distorsionando el concepto de sí mismo, la visión del mundo o las capacidades afectivas.

Cuatro dinámicas generadoras de trauma

A) Sexualización traumática

Esta dinámica se refiere a las condiciones del abuso sexual bajo las cuales la sexualidad del niño o la niña se desarrolla de manera inapropiada, a través de procesos como:

- 1) Ser recompensados por conducta sexual inapropiada a su nivel de desarrollo.
- 2) Aprender a usar la conducta sexual como una estrategia para manipular a otros y cubrir sus necesidades.
- 3) Fetichizar partes del cuerpo por la atención que reciben, dándoles una importancia y significado distorsionado.
- 4) Adquirir conceptos equivocados y confusos acerca de la conducta sexual y la moralidad sexual como resultado de cosas que los agresores les dicen o formas en que los ofensores se conducen.
- 5) Asociar memorias atemorizantes y no placenteras con la actividad sexual.

B) Traición

La niña o el niño descubre que una persona de quién depende le ha causado o desea causarle daño. A veces la traición ocurre en el primer abuso, al darse cuenta que la persona en quien confía lo trata sin importarle sus deseos o bienestar. En otros casos, la niña experimenta la traición al darse cuenta de que cayó en la trampa de hacer algo malo a través del uso de mentiras o tergiversaciones.

Muchos niños o niñas experimentan su mayor sensación de traición cuando hallan que sus madres (u otras personas importantes) no son capaces o no quieren creerles y protegerlos (Herman, 1981; citado en Finkelhor, 1988). Incluso si los protegen, los niños o las niñas pequeños(as) creen que sus padres son omnipotentes y capaces de resguardarlos del daño, lo cual no siempre es así.

C) Estigmatización

Se refiere a los mensajes negativos acerca del yo (malo, poco valioso, vergonzoso, culpable) que son comunicados al niño o a la niña alrededor de la

experiencia. Estos mensajes son comunicados directa o indirectamente por el agresor o por el entorno social antes o durante el reporte. Aun si un niño o una niña no es etiquetado(a) o culpado(a), el hecho de haber sido una víctima, o de la destrucción de sus suposiciones sobre el mundo, es probable que lo impulse a buscar atribuirse a sí mismo la culpa para explicar "porqué me pasó a mí" o "porqué fui escogido".

La estigmatización varía con el género, los niños pueden ser más estigmatizados por las connotaciones homosexuales de su abuso mientras las niñas sufren de la atribución de "mercancías dañadas" (Rogers y Terry, 1984; citado en Finkelhor, 1988).

D) Impotencia

Hay dos componentes principales de esta dinámica generadora de trauma: 1) La voluntad, deseos y sensación de eficacia son repetidamente gobernados y frustrados, y 2) El niño o la niña experimenta la amenaza de daño o aniquilación.

Tal vez la forma más básica de impotencia es la experiencia de la invasión repetida del espacio corporal contra nuestro deseo, ya sea que ocurra a través de la fuerza o del engaño. Otra forma central de impotencia es la experiencia de violencia, coerción y amenaza a la vida y al cuerpo que ocurre en algunos tipos de abuso sexual, especialmente si el niño resiste luchando, corriendo o tratando de escapar y es frustrado(a) en sus esfuerzos por terminar el abuso.

Finalmente, al revelar el abuso, la impotencia se incrementa enormemente, de forma inesperada y devastadora, al encontrarse incapaces de controlar las decisiones del mundo adulto y los eventos no deseados como la separación de la familia y las investigaciones policíacas, además de la terminación del abuso.

Efectos y síntomas asociados a las dinámicas

A) Sexualización Traumática

El impacto de la sexualización traumática se observa en la conducta sintomática de muchos niños o niñas pequeñas(os): preocupaciones sexuales, masturbación compulsiva, juego sexual, conductas y conocimientos sexuales inapropiados a su grupo de edad (Adams-Tucker, 1981; Corwin, 1985; Friedrich, Urquiza y Beilke, 1986; Gomes-Schwartz, Horowitz y Sauzier, 1985; citado en Finkelhor, 1988).

Algunos niños, especialmente varones, llegan a ser sexualmente agresivos y empiezan a victimizar a pares o a niños o niñas menores. Otros llegan a ser sexualmente promiscuos (Browning y Boatman, 1977; Weiss et al., 1955; citado en Finkelhor, 1988). Este tipo de información ha llevado a especular sobre la naturaleza cíclica de la victimización sexual en niños o niñas. Finkelhor (1984; citado en Bolton et al., 1989) afirma que no es la mayoría de los niños o de las niñas abusados(as) sexualmente quienes llegan a ser perpetradores o parientes de víctimas. Aunque el riesgo parece aumentar, las experiencias de apoyo emocional con padres no agresores y otros adultos, parecen ser críticas para detener la repetición potencial del abuso en la niñez (Kaufman y Zigler, 1987; citado en Bolton et al., 1989).

Entre adultos se encuentran problemas sexuales, incluyendo aversión al sexo, recuerdos repentinos e intrusos durante el sexo, dificultades con la excitación y el orgasmo (Briere, 1984; Courtois, 1979; Langmade, 1983; Tsai y Wagner, 1978; citado en Finkelhor, 1988). Otros sexualizan inapropiadamente a sus hijos en formas que llevan a abuso sexual o abuso físico (Gelinas, 1983; Herman y Hirschman, 1977; Justice y Justice, 1979; Steele y Alexander, 1981; Summit y Kryso, 1978; citado en Finkelhor, 1988).

B) Traición

La depresión, notada en muchos estudios, posiblemente es resultado del desencanto, desilusión y pérdida de una figura confiable (Adams-Tucker, 1981; Benward y Densen-Gerber, 1975; Browning y Boatman, 1977; Herman, 1981; Peters, 1988; citado en Finkelhor, 1988). Otro síntoma relacionado es la dependencia extrema y conducta de apego en niños o niñas pequeñas(os) (Jones y Bentowim, s. f.; Lusting et al., 1966; citado en Finkelhor, 1988). La misma necesidad puede mostrarse en la adultez en forma de una búsqueda desesperada de una relación redentora (Steele y Alexander, 1981; Summit, 1983; citado en Finkelhor, 1988) o de juicios deteriorados acerca de la confiabilidad de otra gente (Briere, 1984; Courtois, 1979; Gelinas, 1983; Tsai y Wagner, 1978; citado en Finkelhor, 1988). Cuando los estudios muestran la vulnerabilidad de sobrevivientes de abuso físico, psicológico y sexual (Briere, 1984; De Young, 1982; Fromuth, 1986; Herman, 1981; Miller et al., 1978; Russell, 1983; citado en

Finkelhor, 1988) y su dificultad para reconocer una pareja que puede llegar a ser sexualmente abusiva de sus hijos, el factor subyacente puede ser la marcada dependencia y el juicio deteriorado.

La hostilidad y enojo (Briere, 1984; Courtois, 1979; Peters, 1976; citado en Finkelhor, 1988), la desconfianza en los hombres o relaciones íntimas en general, tener una historia de relaciones o matrimonios fallidos (Courtois, 1979; DeYoung, 1982; Herman, 1981; Meiselman, 1978; citado en Finkelhor, 1988) pueden ser formas de protegerse de más traiciones o de vengarse.

C) Estigmatización

Otros efectos del abuso sexual se agrupan naturalmente en relación a la dinámica que hemos llamado estigmatización. Los reportes indican que las y los sobrevivientes a menudo se sientan aisladas(os) y gravitan en niveles de la sociedad estigmatizados; por ejemplo entre abusadores de drogas, subculturas criminales o en la prostitución (Benward y Densen-Gerber, 1975; Briere, 1984; Silbert y Pines, 1981; citado en Finkelhor, 1988). Cuando alcanza formas extremas, la estigmatización aparece en forma de conducta autodestructiva e intentos suicidas (Bagley y Ramsay, 1986; Briere, 1984; DeYoung, 1982; Herman, 1981; citado en Finkelhor, 1988). Las sobrevivientes de abuso sexual a menudo califican con baja autoestima en pruebas psicológicas (Bagley y Ramsay, 1986; citado en Finkelhor, 1988). Muchas sobrevivientes creen que son la única persona que ha tenido esta experiencia y que otros las rechazarán si descubren este secreto (Benward y Densen-Gerber, 1975; Courtois, 1979; Herman y Hirschman, 1977; citado en Finkelhor, 1988).

D) Impotencia

La dinámica de impotencia en abuso sexual parece conectada a tres agrupamientos de efectos algo distintos. El primer agrupamiento incluye miedo y ansiedad, lo cual refleja la experiencia de haber sido incapaz de controlar un evento dañino, y los síntomas del TEPT: pesadillas, fobias, vigilancia excesiva, disociación, quejas somáticas, problemas en el sueño, adormecimiento del afecto. Estos síntomas son notados en niños o niñas, jóvenes y adultos (Adams-Tucker, 1981; Anderson, Bach

y Griffith, 1981; Briere, 1984; Browning y Boatman, 1977; Burgess y Holmstrom, 1978; DeFrancis, 1969; Gelinas, 1983; Goodwin, 1982; Justice y Justice, 1979; Kaufman, Peck y Tagiuri, 1954; Peters, 1976; Sloan y Karpinski, 1942; Summit, 1983; Tuft's New England Medical Center, 1984; citado en Finkelhor, 1988).

El segundo agrupamiento es el deterioro de las habilidades de enfrentamiento de una persona. Habiendo sido frustrada(o) en el intento de protegerse a si misma(o), la/el sobreviviente tiene un bajo sentido de eficacia. Esto se traduce en problemas de aprendizaje y dificultades escolares, problemas laborales, huir de casa, desesperación y depresión (Adams-Tucker, 1981; Anderson, Bach y Griffith, 1981; Browning y Boatman, 1977; Herman, 1981; Kaufman, et al., 1954; Meiselman, 1978; Peters, 1976; citado en Finkelhor, 1988).

Finalmente, la impotencia puede producir una reacción compensatoria, una necesidad inusual de controlar o dominar, vista particularmente en varones (Groth, 1979; Rogers y Terry, 1984; citado en Finkelhor, 1988).

Vinculación de las dinámicas generadoras de trauma con las etapas de desarrollo psicosocial

Desde la perspectiva del desarrollo del niño, la experiencia de abuso sexual es considerada como una ruptura impuesta en el proceso de desarrollo del self. La ruptura en el desarrollo incluye desviaciones en los procesos intrapsíquicos de definir, regular e integrar aspectos del self; y desviaciones en la habilidad para experimentar un sentido de esperanza y confianza en las relaciones. Esto se refleja en trastornos del sentido físico y fenomenológico del self, tal como confusión de identidad disociación de aspectos del self, pobre modulación de afectos y control de impulsos, incluyendo una variedad de síntomas autocríticos y autodestructivos; así como inseguridad en las relaciones, en particular desconfianza, suspicacia, falta de intimidad y aislamiento (Cole y Putnam, 1992; citado en Lun, 1998).

En el estudio de Calam, Horne, Glasgow y Cox (1998), los problemas psicológicos de 101 niños y niñas abusadas(os) sexualmente, no estuvieron asociados con características demográficas tales como el género o la edad del niño o de la niña cuando sucedió el abuso. La única diferencia que señalan, es que los varones de más

edad parecen tener más síntomas, probablemente por el estigma social relacionado con la homosexualidad, aunque también es posible que no hayan recibido el apoyo adecuado después del abuso. Dichos autores realizaron sus comparaciones sobre la base del número de síntomas detectados por las trabajadoras sociales, no del tipo de síntomas, esto pudo haber causado que no tomaran en cuenta la existencia de síntomas distintos de acuerdo a la etapa de desarrollo del niño.

En la revisión bibliográfica, no se encontraron estudios que específicamente centren su atención en los bloqueos impuestos por el abuso sexual según la fase de desarrollo psicosocial. Puede ser útil, para realizar una primera aproximación en ese sentido, identificar por un lado las principales tareas de desarrollo de cada etapa y por otro, los efectos y síntomas asociados con cada una de las dinámicas generadoras de trauma del modelo de Finkelhor y Browne (1985; citado en Finkelhor, 1988). No hay que pretender que esta comparación sea completamente coincidente, ya que los logros sociales adquiridos en cada etapa, no son estáticos. Antes bien, como señaló E. Erikson (1978), así como cada etapa sienta las bases para la siguiente, las dificultades graves que ocurran en cualquiera de las etapas posteriores, pueden minar los logros adquiridos previamente.

Como se mencionó antes, cada crisis o etapa está planteada como una lucha entre dos componentes o características conflictivas de la personalidad (Cueli et al., 1990). Si un fenómeno externo, como el abuso sexual, impide la consolidación o desarrollo del par "positivo" (confianza, autonomía, iniciativa e industria), se fortalecerá el par "negativo" (desconfianza, vergüenza y duda, culpa e inferioridad). La siguiente tabla está basada en los trabajos de E. Erikson (1978), Lun (1998) y por supuesto, de Finkelhor y Browne (1985; citado en Finkelhor, 1988).

Tabla 3: VINCULACIÓN DE LAS DINÁMICAS GENERADORAS DE TRAUMA (FINKELHOR Y BROWNE, 1985) CON LAS ETAPAS DE DESARROLLO PSICOSOCIAL DE E. ERIKSON (1978)

ETAPA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL	DINAMICAS GENERADORAS DE TRAUMA			
	SEXUALIZACION TRAUMATICA	TRAICION	ESTIGMATIZACION	IMPOTENCIA
CONFIANZA VS DESCONFIANZA	Desconfianza en los hombres Disfunciones sexuales	Desconfianza, incapacidad para juzgar la confiabilidad de otros. Depresión. Dependencia	Extrema autoconciencia de la historia de abuso Aislamiento	Temor por la seguridad personal Ansiedad sobre futura revictimización. Fobias. Quejas somáticas
AUTONOMIA VS. VERGÜENZA Y DUDA	Conducta sexual compulsiva, promiscuidad, prostitución.		Vergüenza Sensación de ser diferente de otros, la única persona que ha vivido tal experiencia	Culparse a si misma de ser demasiado vulnerable y descuidada. Necesidad de control/dominio. Pesadillas. Memorias intrusas del abuso
INICIATIVA VS CULPA	Agresión sexual Conducta seductora		Culparse a si misma(o) Autodestrucción Tendencias suicidas	
INDUSTRIA VS. INFERIORIDAD	Baja autoestima			Bajo sentido de eficacia Problemas escolares/laborales Depresión

6. APROXIMACIONES TERAPEUTICAS EN LA CRISIS

Generalidades de la teoría de crisis

Cuando ocurre abuso sexual, el impacto emocional para el niño o la niña y la familia puede ser muy grande, de una correcta intervención depende la resolución de la crisis, posibilitando la disminución de los efectos a largo plazo. Según Slaikeu (1988).

"Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo".

Mientras que, según el mismo autor (p. 4), la intervención en crisis es

"Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida) se incremente".

Considera que existen dos tipos de crisis, aquellas relacionadas con el desarrollo como: infancia, primeros pasos hacia la independencia, infancia temprana, infancia media, adolescencia, adultez joven, adultez media, madurez y vejez; y las crisis circunstanciales tales como: enfermedad física y lesiones, muerte repentina, crimen - víctimas y delincuentes-, desastres, guerra y de la vida moderna (drogas, problemas económicos, divorcio, migración).

Aproximaciones a la intervención en crisis por abuso sexual

Los niños y las niñas que muestran problemas psicológicos al poco tiempo de haber sufrido abuso sexual, si no cuentan con intervención terapéutica, es probable que continúen mostrando problemas psicológicos a largo plazo, e incluso es probable que muestren un incremento en el rango de problemas reportados. Esto indica el importante papel de la intervención temprana centrada en el problema (Calam et al. 1998).

El proceso de investigación probablemente es un evento vital significativo para muchas familias, y puede llevar a una reevaluación de las relaciones y de las creencias previamente sostenidas acerca del cuidado y manejo de los niños o de las niñas. Retirar de la casa a un padre que había controlado al chico a través del poder, puede llevar a

un rompimiento en el manejo dentro de la familia. De forma similar, los cambios en el estado emocional del padre que se queda a cuidar del niño o de la niña pueden influenciar el manejo. Todos esos factores pueden contribuir a los problemas psicológicos más allá del impacto del abuso por sí mismo, y puede requerir trabajo con el padre no agresor para ayudarlo a proporcionar un ambiente seguro para el niño o la niña (Stauffer y Deblinger, 1996; citado en Calam et al, 1998).

Tankenoff (1980) indica que en el trabajo con niños y niñas abusadas(os) sexualmente, la familia lo mismo que la víctima, debe ser incluida en cualquier programa de tratamiento y es central para su éxito. Aun en casos donde la negligencia o el abuso no causaron el problema, los padres deben participar entendiendo los resultados, planeando y llevando a cabo el tratamiento. La resolución adecuada de sus sentimientos acerca del incidente es siempre importante para la resolución del niño.

El primer paso hacia la protección del niño o de la niña es la disposición del consejero y de otros adultos responsables, para reconocer la posibilidad del abuso sexual (Tankenoff, 1980). La primera persona a quien generalmente un niño o una niña hablará sobre el abuso es su madre; es vital que sea tomada una acción efectiva, de lo contrario el niño o la niña se sentirá impotente, enojado(a) y culpable. Cuando hay un descubrimiento público, el sentimiento de culpa en el niño o la niña es tremendo. Sin intervención terapéutica, puede sufrir daño emocional permanente, convencido de que es una mala persona y que es responsable por el abuso.

Es esencial cuestionar al niño o a la niña en una forma relajada y franca, usando lenguaje familiar para él o ella, asegurándole que será creído y no culpado. Los niños o las niñas pequeños(as) a menudo pueden demostrar en el juego o en el trabajo artístico lo que no pueden decir verbalmente. Las muñecas, los títeres y materiales de dibujo son herramientas útiles que facilitan la revelación; sin embargo, el nivel de comodidad y la sensibilidad del entrevistador, son factores principales para disminuir la incomodidad del niño. Puede ser útil hacer preguntas abiertas y afirmaciones que reconozcan la dificultad que muchos niños y niñas experimentan al discutir el abuso sexual. Esta actitud ayudará a que el niño o la niña se sienta apoyado(a), primer paso del proceso curativo (Sandford y Brooks, 1981/82).

Después de determinar tan claramente como sea posible lo que ocurrió, las necesidades físicas y emocionales del niño o de la niña y de la familia deben ser identificadas. Debido a la posible implicación de los padres en el abuso, esto debe ser un procedimiento delicado. A veces el padre o la madre, habiendo llevado al niño o a la niña en busca de atención, realmente está pidiendo ayuda para sí mismo(a).

El establecimiento de una alianza de confianza es crucial para la continuidad de la intervención terapéutica. Es importante mantener una actitud de comprensión en lugar de culpar. Una aproximación sin juicios dirigida a ayudar a todos los miembros de la familia es la más provechosa.

Es importante que la intervención sea lo menos traumática posible. Las entrevistas clínicas con el niño o la niña y la familia deben preceder al examen físico, a menos que se presente una emergencia física. Si el examen médico es necesario para reunir evidencias o para tratar daños físicos, hay que explicar estas razones al niño. Si estas necesidades no están presentes, el examen está contraindicado.

Puede ser útil entrevistar a los miembros de la familia en forma separada, y cuando sea posible, corroborar las historias. Es importante permitir el niño o a la niña comunicar su versión de lo que sucedió. Debe hacerse un intento de valorar el impacto emocional agudo del incidente sobre el niño, la adaptación previa general y el desarrollo psicosexual.

En caso de que la seguridad y protección del niño o de la niña estén en riesgo, puede ser necesario tomar acciones concretas para protegerlo. Antes de terminar la entrevista inicial, es importante resumir los resultados, los intereses y el plan a seguir. Las metas del seguimiento incluyen la comprensión posterior y manejo de la situación, así como planear la intervención a largo plazo cuando esta sea indicada (Tankenoff, 1980).

La conciencia de los profesionistas de los sentimientos experimentados por el niño o la niña y la familia, facilitará el manejo sensible del caso, evitando sentimientos de revictimización, los cuales no sólo aumentan el trauma, sino que frecuentemente producen rechazo para cooperar con las autoridades. Durante la intervención en casos de abuso sexual por un padre, debería mantenerse en mente que, a pesar del incesto, la mayoría de los niños o de las niñas aman a sus padres y desean estar con ellos. Si

son colocados en hogares sustitutos se sienten completamente abandonados, preocupados por lo que está sucediendo en casa, y a menudo se sienten desleales al compartir sus sentimientos. Si no hay peligro para el niño, está contraindicado mudarlo de casa.

Ya sea que ocurra en la adolescencia o a una edad más temprana, la traición a la confianza y la coerción por parte de un padre son puntos focales de tratamiento, y de su manejo por miembros de la familia y por profesionales, depende en gran parte el efecto a largo plazo sobre la sobreviviente (Sandford y Brooks, 1981/82).

De acuerdo con Sandford y Brooks (1981/82), una vez que la crisis inmediata es resuelta, las situaciones de vivienda clarificadas, la ansiedad y estrés iniciales disminuidos, hay que formular las metas terapéuticas a largo plazo, así como las modalidades de tratamiento. Algunas metas terapéuticas, creadas especialmente para casos de abuso sexual incestuoso, pero que pueden adaptarse para abuso fuera de la familia son:

1. El niño o la niña no es responsable por el abuso, a pesar de su propia percepción o de cualquier gratificación recibida. No es un "niño malo".
2. El agresor es completamente responsable por el abuso, a pesar de cualquier conducta provocativa del niño o de la niña o descuido de la madre.
3. Es responsabilidad de los adultos fijar límites a los niños y a las niñas.
4. La madre necesita tomar la responsabilidad de proteger el niño o a la niña siempre que sea posible. Sin embargo, esto no niega la responsabilidad del agresor por el acto.
5. El niño necesita aprender formas apropiadas a su edad, de satisfacer sus necesidades emocionales, para desarrollar relaciones sanas y confiables con adultos y pares.
6. El niño tiene el derecho de sentir enojo hacia el agresor por el abuso y hacia su madre por no protegerlo.
7. Todos los sentimientos están bien y necesitan ser aceptados, reconocidos y validados.
8. El amor y el odio van mano a mano. Los niños y las niñas generalmente aman a sus padres a pesar del abuso y desean estar con ellos.

9. El papel de hijo parental no es sano o apropiado para nadie.

10. Los niños y las niñas no pueden y no deberían satisfacer las necesidades de los adultos. Los adultos deben de encontrar formas socialmente aceptables de satisfacer sus necesidades.

Ninguna intervención puede deshacer el trauma experimentado por el niño o la niña abusado(a) sexualmente. Sin embargo, la sensibilidad hacia sus necesidades y las de la familia, pueden disminuir el impacto del ataque sexual en sí mismo y de la revelación de este. Esto empezará el proceso curativo para todos los miembros de la familia, ya sea que se reúnan o no posteriormente (Sandford y Brooks, 1981/82).

Tankenoff (1980), señala la importancia de trabajar con la familia de la víctima de abuso sexual, ya sea que ésta haya ocurrido dentro o fuera de la familia. Sandford y Brooks, 1981/82) sugieren que se tome una "acción efectiva" (aunque no aclaran de que tipo) y consideran las dificultades que plantea el abuso dentro de la familia. También mencionan la necesidad de proteger el niño o a la niña y los aspectos legales involucrados. A pesar de incluir en su trabajo pionero referencias al trabajo multidisciplinario requerido en el manejo de estos casos, no contemplan la distinción entre los tipos de intervención posibles, sus efectos y su interrelación. Por ejemplo, no toman en cuenta que algunas medidas destinadas a proteger a los niños o a las niñas, como retirarlos(as) de su casa, pueden ser vividas como castigo por el pequeño. La experiencia acumulada por los especialistas en el campo, ha permitido desarrollar una visión sistémica, misma que proporciona una estructura clara para la intervención, disminuyendo las probabilidades de implementar "terapias antiterapéuticas".

Un abordaje familiar multidisciplinario

Furniss (1993) ha desarrollado un abordaje familiar multidisciplinario para casos de abuso sexual infantil. Considera que los(as) terapeutas de familia corren el riesgo de conducir una "terapia antiterapéutica", uniéndose con el sistema familiar de secreto contra cualquier intervención legal o de instituciones de protección a la niñez.

Tres tipos de intervención

Hay tres tipos básicos de intervención en casos de abuso sexual del niño: 1) Intervención Punitiva Primaria, 2) Intervención Primaria Protectora del niño o de la niña y 3) Intervención Terapéutica Primaria. Esos tipos de intervención conducen a cambios específicos en las relaciones familiares y en aspectos psicológicos de cada miembro de la familia. Las diferentes intervenciones también influyen en la forma en que los miembros de la familia interpretan el significado del abuso sexual. La forma externa de la intervención, en consecuencia, puede ser extremadamente terapéutica o muy perjudicial.

Intervención Punitiva Primaria (IPP)

Cuando actos ilegales están involucrados, cualquier intervención criminal por la policía y los tribunales es por definición, punitiva. Se dirige contra la persona que abusa, con el objetivo de culparlo por la agresión y castigarlo como perpetrador. Una IPP resuelve el abuso sexual en la familia castigando a la persona que lo cometió, que muchas veces es colocada en prisión.

Este tipo de intervención encubre los conflictos emocionales y sexuales preexistentes entre los padres. También hace que sea imposible para el niño, la familia y la red profesional, lidiar con los aspectos positivos y el apego, en ocasiones extremadamente fuerte, que existe entre el niño o la niña y la persona que abusa, mismos que el niño o la niña y la familia no consiguen reconocer y manejar. Permite a las madres y los niños o las niñas, ocultar cualquier sentimiento de culpa, de competencia en relación con el padre como pareja o las acusaciones del niño o de la niña contra la madre por no haberlo protegido.

Intervención Primaria Protectora del niño o de la niña (IPN)

Incluye todas las formas de intervención en que el niño o la niña es a quien se dirigen todas las acciones directas, con el objetivo declarado de proteger su desarrollo físico, emocional o moral o su bienestar, en cuanto víctima. Se basa en atribuir implícita o explícitamente a ambos padres el fracaso en su papel parental, y no sólo al que cometió el abuso, moviéndose hacia una comprensión sistémica del abuso.

En teoría, el objetivo de la IPN es proteger el niño o a la niña contra el fracaso de sus padres, lo que frecuentemente conduce a una victimización secundaria del niño. La IPN amenaza el niño o a la niña con el retiro de la familia y de importantes figuras de apego, como la madre, los hermanos, los amigos, la escuela y el medio social más amplio que el niño o la niña puede necesitar más que nunca como factores protectores contra el trauma psicológico secundario. Además, la familia puede interpretar el retiro del niño o de la niña como la expulsión del núcleo de maldad moral de su seno, convirtiéndose así en un chivo expiatorio.

Los padres pueden encubrir y negar sus propios problemas conyugales, emocionales y sexuales. Los niños o las niñas son victimizados(as) doblemente al ser castigados(as) y acusados(as) por el abuso, sin posibilidad de resolver la confusión originada por el mismo a través del tratamiento en el contexto familiar. Al ser colocados(as) con padres adoptivos o en hogares para niños o niñas, pueden ser tratados de forma discriminatoria por inseguridad de los adultos, que tienen dificultades para tratar con problemas, muchas veces graves, de actuación sexualizada.

Intervención Terapéutica Primaria (ITP)

Incluye todas las intervenciones dirigidas a tratar el trauma psicológico individual y modificar las relaciones familiares. Este tipo de intervención requerirá ayuda legal, cuando sea necesaria una separación temporal de los miembros de la familia o para propiciar que el niño o la niña y quienes cometieron el abuso, entren a terapia.

En principio, puede parecer que sólo el niño o la niña y el padre necesitan terapia, pero a medida que la intervención avanza, la madre se vuelve central en el proceso terapéutico; al aparecer tres áreas de problema importantes. 1) El conflicto emocional y sexual entre los padres. 2) El fracaso materno en evitar el abuso y proteger al niño. 3) La competencia entre madre y niño como pareja emocional del padre. La madre puede requerir mucha ayuda y apoyo.

La ITP se centra en la solución de problemas y en la resolución de conflictos en la familia, de acuerdo con metas y objetivos de terapia operacionalizados y declarados explícitamente.

Intervención Terapéutica Primaria Metasistémica

Para la comprensión del enfoque multidisciplinario, hay que tener en mente el concepto de sistema. Un sistema es "...un conjunto de elementos que interactúan entre sí y constituyen un todo unitario que es más que la mera suma de sus partes, conjunto que mantiene una organización interna que lo diferencia de otros de su mismo nivel. Este todo como unidad forma parte de otro u otros conjuntos de mayor jerarquía, a su vez los elementos o partes que lo integran constituyen ellos mismos conjuntos o sistemas de menor orden" (Macías, 1994). Así, el concepto de metasistema se relaciona con un nivel superior, que abarca los sistemas creados en la interacción de la familia (que por sí misma es un sistema) con profesionistas de instituciones legales o de protección al niño, además de los sistemas terapéuticos que se conforman por la interacción de la familia con psicoterapeutas.

Un abordaje familiar necesita integrar los aspectos lineales de los procedimientos legales y de protección el niño o a la niña con los aspectos circulares de las relaciones familiares en una Intervención Terapéutica Primaria metasistémica que se basa en las siguientes suposiciones:

- 1) Los niños y las niñas son estructuralmente dependientes de las figuras parentales, no pueden quedarse solos. Un abordaje familiar necesita considerar los vínculos reales de los niños o de las niñas con los progenitores que abusan, con los que no abusan y con otros miembros de la familia.
- 2) Los(as) terapeutas familiares no pueden asumir responsabilidades legales o de protección del niño o de la niña por su cuenta. Se requiere una cooperación estrecha, integrada y complementaria entre agencias legales, servicios de protección de menores y terapeutas.
- 3) En un abordaje familiar metasistémico, el trabajo de las agencias legales y de protección puede ser tan importante para el éxito terapéutico, como la propia terapia.
- 4) Un abordaje metasistémico hace una clara distinción entre la conceptualización del abuso sexual como un síntoma, que es mantenido por la disfunción familiar y la intervención, que emplea distintas formas concurrentes de terapia. Una evaluación global orientada al objetivo, permite

reconocer cuando, en un contexto equivocado, la terapia familiar se vuelve perjudicial, mientras una intervención legal o protectora, en el contexto apropiado, es altamente terapéutica.

- 5) Los problemas específicos del abuso sexual como síndrome de secreto y adicción, requieren del uso concurrente de diferentes modos de terapia, incluyendo terapia familiar, grupal e individual. El éxito del proceso terapéutico depende principalmente de la calidad de la cooperación entre los diferentes terapeutas.
- 6) Un abordaje familiar del abuso sexual del niño o de la niña también toma en cuenta que muchos elementos del proceso familiar durante el tratamiento del abuso extrafamiliar, frecuentemente son semejantes a los del abuso intrafamiliar (Furniss, 1993).

Objetivos y etapas de la Intervención Terapéutica Primaria

Una Intervención Terapéutica Primaria tiene como objetivo modificar las relaciones familiares, no pretende castigar a las personas que cometen el abuso o remover el niño o a la niña de hogar, las cuales son medidas aisladas. El proceso familiar y la perspectiva de familia deben ser mantenidas aunque el contexto y las técnicas puedan cambiar de acuerdo con la diferencia de contenido de cada caso específico. Los siguientes siete objetivos y etapas de tratamiento constituyen la base de la Intervención Terapéutica Primaria:

1. Bloquear la continuación del abuso sexual

El abuso sexual del niño o de la niña como síndrome de secreto y adicción, generalmente requiere, durante la intervención en crisis, una separación inicial y temporaria, de la persona que abusa y del niño. Se debe intentar que la persona que deje la casa sea la persona que abusa, no el niño, aunque a veces es difícil si el niño o la niña no quiere regresar a la casa o si la familia rechaza el niño o a la niña y lo ve como chivo expiatorio. Retirar el niño o a la niña significa castigo y abuso para el niño, pues produce daño psicológico secundario. Si no hay otra posibilidad, se debe

garantizar libre acceso a la madre, hermanos y otras figuras importantes en la vida del pequeño.

2. Establecer los hechos del abuso y el abuso como una realidad familiar compartida

Se precisa ayudar a la familia y el niño o a la niña a encontrar un lenguaje sexual explícito, mismo que tal vez nunca se ha usado. Esto requiere que los profesionales sean capaces de hablar clara y adecuadamente de actos sexuales explícitos frente a la familia, dándoles permiso para hablar así.

3. El padre asumiendo la responsabilidad por el abuso

Como base para cualquier continuación de la terapia, la persona que cometió el abuso necesita asumir la responsabilidad total y única por el abuso sexual en los estadios iniciales de la terapia. En el momento que acepta la responsabilidad, el padre se convierte en un verdadero padre para su hijo, moviéndose a la posición paterna y ayudando a aliviar el niño o a la niña de su sensación de responsabilidad por el abuso. También debe haber una "sesión de responsabilidad" con el abusador aún si no es el padre, y de ser posible, en el abuso extrafamiliar.

4. Responsabilidad parental por los cuidados generales

Es importante que ambos padres estén presentes en el primer encuentro familiar en que el abuso es discutido. Aunque el abusador sea el único responsable por el abuso, los progenitores no abusivos y los abusivos deben asumir igual responsabilidad como pareja parental, por los cuidados generales y el bienestar de sus hijos. Establecer su responsabilidad como padres no los confirma como pareja conyugal. Esa etapa vendrá más tarde. El trabajo inicial necesita concentrarse en las fronteras intergeneracionales y en las funciones paternas.

Uno de los actos más paternos que un padre puede hacer es dejar la casa en la intervención en crisis, no tomar parte del cuidado diario y permitir que el niño o la niña se quede en casa, sintiéndose seguro. Correspondientemente, una de las acciones más maternas puede ser no iniciar un divorcio inmediato, cosa que la madre podría querer hacer desde un punto de vista de pareja. Eso puede dar el niño o a la niña espacio para

lidar con el abuso y la revelación sin sumar un proceso de divorcio que sería desorientador y traumatizante en un estadio inicial.

5. Trabajo con el par madre-niño(a)

Es un trabajo terapéutico y preventivo que pretende hacer de la madre una persona emocionalmente central y protectora, en quién el niño o la niña pueda confiar que le creará y no lo rechazará cuando intente buscar protección, en caso de que el abuso continúe. Pocas madres participan activamente del abuso, y pocas saben conscientemente del abuso y permiten abiertamente que continúe. Sin embargo en este momento de la terapia, pueden emerger tentativas anteriores del niño o de la niña por revelar el abuso. Las madres necesitan identificar y evaluar las necesidades emocionales y de protección de su hijo, en general y en relación con el abuso.

A veces, una segunda cuestión a tratar es la fuerte rivalidad entre la madre y la niña, que no solo ocurre con las hijas adolescentes. En reacciones de madres de varones que sufrieron abuso sexual, se puede ver que la rivalidad posee componentes emocionales mucho más profundos en la pérdida de vínculos importantes. En este estadio de la terapia, las madres frecuentemente necesitan ayuda y apoyo intensivos como personas con sus propios derechos.

6. Trabajo con los padres como pareja

Para evitar los conflictos sobre los problemas sexuales y emocionales, ambos padres pueden asociarse en tentativas de utilizar el niño o a la niña como un chivo expiatorio, moralmente malo. La pareja, muchas veces, intenta inducir una intervención primaria protectora del niño, la cual niega los problemas conyugales y pone la culpa de todo en el niño. Evitan tener que enfrentarse con conflictos conyugales insoportables y amenazadores, bloqueando el cambio en las relaciones en las familias donde el abuso sexual sirve para regular el conflicto conyugal.

Es importante diferenciar entre el papel parental, por el cual la madre podría querer divorciarse, y el papel conyugal, donde la madre puede continuar tan intensamente vinculada y casada como siempre con la persona que cometió el abuso. Muchas veces, bajo presión de los profesionales, las madres no consiguen admitir

abiertamente sentimientos comprensibles de soledad, y de que les hace falta el abusador como pareja, progenitor y proveedor material de la familia. Los profesionales requieren revisar su propia actitud moral. De otra forma, se corre el riesgo que los padres conspiren secretamente contra la red profesional. Permitir que las madres sientan la falta de la persona que abusa, es algo completamente separado del resultado final de la terapia, que bien puede acabar en un divorcio terapéutico.

Enfrentar valerosamente a sus esposas, como pareja, en la posición de marido, es un largo proceso que los abusadores frecuentemente intentan evitar. Utilizan estrategias de apelación, seducción, acusación, minimización y otros movimientos defensivos que demuestran que aun están negando, psicológicamente, el abuso sexual y su papel en el mismo, inclusive mucho después de admisiones iniciales de responsabilidad por lo que hicieron.

7. Trabajo con el par padre-niño(a)

Una vez que los problemas básicos en la diada madre-niño y en la diada madre-padre hayan sido manejados, es más fácil mirar la diada padre-niño. Habiendo roto el secreto y tratado aspectos del síndrome de adicción para el abusador en formas concomitantes de terapia, incluyendo sesiones familiares, sesiones de grupo y de ser necesario, terapia individual, la renegociación del relacionamiento abusivo entre el padre y el niño, se convierte en un asunto menos complicado.

Después de la revelación, el niño o la niña puede pasar por una fase inicial de odio y rechazo contra la persona que cometió el abuso. El grado de apego al padre, puede ser muy fuerte, a pesar del abuso, especialmente en casos de abuso prolongado. No obstante, los apegos intensos y psicológicamente perjudiciales son extremadamente fuertes. Los(as) terapeutas frecuentemente tienen mucha dificultad para manejar los aspectos positivos de la relación entre el abusador y el niño. Si el niño o la niña es tratado(a) terapéuticamente y no se convierte en un objeto de las propias proyecciones personales, preconceptos y juicios morales de los profesionales, los aspectos positivos del vínculo entre quién cometió el abuso y el niño, necesitan ser permitidos y desarrollados.

Es esencial, para el desarrollo normal de los niños o de las niñas que sufrieron abuso, que puedan lidiar con sus expectativas frustradas de una relación buena y emocionalmente cariñosa con la figura del padre. Por eso, es crucial que cualquier menor que haya sufrido abuso sexual pueda construir o reconstruir emocionalmente relaciones de confianza con el padre y las figuras paternas que no terminen en abuso sexual.

Una experiencia de relaciones emocionales de confianza con hombres que no violan las fronteras intergeneracionales, es tan importante para el desarrollo de relaciones de confianza con hombres en la edad adulta, como el desarrollo de la confianza en relación al cuidado emocional y la protección de una figura materna, para el desarrollo de relaciones adultas abiertas y confiables con mujeres.

Terapias concomitantes en la intervención terapéutica primaria

Usar distintas formas de terapia de manera concomitante, parece romper todas las reglas de terapia establecidas. La naturaleza metasistémica de relación entre las distintas formas de terapia se basa en los problemas que plantea el abuso sexual como síndrome de secreto y adicción. Cada terapia posee tareas específicas diferentes, representando aspectos diferentes del proceso global; todas contribuyen a los fines y objetivos globales de la Intervención Terapéutica Primaria.

Se utilizan terapias grupales para niños y niñas, terapias individuales con el niño o la niña y la familia y trabajo terapéutico con los abusadores. Aquí se abordarán sólo las primeras, dado que la terapia con agresores excede el propósito de este trabajo, aunque puede ser central para la recuperación del niño, sobre todo si el abuso ocurrió en el contexto familiar.

TERAPIA DE GRUPO CON NIÑOS Y NIÑAS

El niño o niña abusada(o) sexualmente, generalmente se define a sí mismo a través de esa experiencia, sintiéndose culpable, aislado y diferente de sus iguales. Frecuentemente se sienten sucias y no amadas, sufriendo de autoestima baja. En un ambiente de grupo donde todos los integrantes han vivido experiencias semejantes, el niño o la niña no es definido como especial. Puede comenzar a descubrir aspectos de

su personalidad y áreas de fuerza y potencial en sí mismo y en sus compañeros. Se vuelve "normal en el contexto".

Hay que hacer una diferenciación entre terapia y trabajo de protección. Refleja la diferencia entre el abuso como cuestión de derechos humanos y como problema de salud mental del niño. Todos los niños o las niñas que sufrieron abuso sexual necesitan cierto trabajo de protección, pero no todas necesitan terapia. Necesitan permiso explícito para hablar sobre su experiencia sexual y cierto trabajo que ayude a evitar la continuación del abuso. Necesitan algún alivio de su confusión y trabajo preventivo, pero no todos los niños o niñas que sufrieron abuso sexual quedan psicológicamente perturbados(as).

GRUPOS DE PROTECCION

El trabajo de protección se relaciona a los aspectos legales de protección el niño o a la niña y a la necesidad de evitar otros abusos. Está indicado en casos de abuso leve. Tienden a ser más cortos, estructurados y educativos que los grupos terapéuticos, enseñando a los niños o a las niñas habilidades sociales y a tratar con los aspectos externos del secreto. Los grupos de protección requieren tratar las siguientes áreas relacionadas con el secreto y la protección de los niños y de las niñas.

Los niños y niñas necesitan:

- 1) Permiso explícito para romper el secreto, para comunicar y hablar libremente sobre el abuso.
- 2) Ayuda para encontrar un lenguaje sexual explícito para hablar sobre una experiencia sobre la cual las familias no se comunican.
- 3) Hablar abiertamente sobre los hechos del abuso y sobre su experiencia, de modo de evitar una perturbación psicológica como resultado de la confusión en relación con la experiencia abusiva.
- 4) Aprender a reconocer tempranamente diferentes formas de abordaje por parte de los adultos que pueda indicar una intención de abuso sexual.
- 5) Aprender que es importante encontrar alguien que las escuche cuando quisieran revelar nuevos abusos sexuales.

- 6) Adquirir las habilidades necesarias para encontrar una Persona de Confianza que les creará en caso de que se sientan amenazados por un nuevo abuso sexual.
- 7) Ser capaces de rechazar un contacto sexual inadecuado. Deben aprender a decir "No" si alguien intenta tocarlos de modo sexualizado y atemorizador, y necesitan saber que hacer en esa situación.

GRUPOS TERAPEUTICOS CON NIÑOS Y NIÑAS

Los objetivos de la terapia de grupo se dirigen a los niños o a las niñas como individuos, como miembros de una familia y como miembros de un grupo de iguales.

Objetivos dirigidos el niño o a la niña como individuo:

- 1) Encontrar un lenguaje para comunicar sobre el abuso.
- 2) Aprender al respecto del desarrollo sexual normal, a la luz de su ignorancia, muchas veces inesperada, sobre hechos sexuales básicos.
- 3) Reconstruir su autoestima
- 4) Desarrollar un sentido de elección en sus vidas, actuando contra el desamparo y victimización experimentados durante el abuso.

Objetivos principales con relación a los padres y familia.

- 1) Los y las terapeutas, trabajando en pareja, necesitan reintroducir fronteras intergeneracionales adecuadas. Los terapeutas hombres pueden proporcionar a los niños o a las niñas una experiencia de adultos de sexo masculino que no abusan, no imponen secreto y no amenazan. Las terapeutas mujeres pueden proporcionar la experiencia de una figura femenina segura y digna de confianza, aunque firme. Los y las terapeutas que trabajan solos tendrán los mismos objetivos, intentando representar los dos lados.
- 2) Es importante ofrecer un modelo parental diferente de aquel que los niños o las niñas conocen en la familia, y proporcionar la experiencia de dos terapeutas unidos que trabajan juntos y no se dejan dividir.

- 3) Ayudar a los niños o a las niñas a distinguir entre la realidad de la responsabilidad del progenitor abusivo por el abuso y las consecuencias de la revelación y sus propios sentimientos de responsabilidad, culpa, vergüenza y autoacusación.

En relación con el grupo de iguales, los niños y las niñas que sufrieron abuso necesitan trabajar en tres áreas esenciales:

- 1) Necesitan ayuda para superar el miedo al aislamiento y para aprender a hablar abiertamente sobre el abuso frente a sus iguales, que tuvieron experiencias semejantes.
- 2) Los niños y las niñas que sufrieron abuso sexual necesitan construir o reconstruir relaciones adolescentes o preadolescentes normales dentro del grupo, antes de poder desarrollar relaciones normales con iguales fuera del grupo.
- 3) Cualquier comportamiento sexualizado debe ser tratado. Deben tomar conciencia de los mensajes inconscientes sexualizados que pueden mandar a otros. Es crucial que aprendan a relacionarse de manera no sexualizada.

TERAPIA INDIVIDUAL

La terapia individual y la terapia familiar son definidas por la forma de trabajar y por la disposición del o la terapeuta, conforme a las tareas de las sesiones en el contexto global de la Intervención Terapéutica Primaria. El modo de terapia no está determinado por el número de miembros de la familia presentes.

Cuando el abusador no está disponible, ya sea por estar en la cárcel, haber huido, o en casos de negación y abuso extrafamiliar; no se debería atender al menor o a la menor en terapia individual, sino hasta después de realizar una sesión familiar de responsabilidad por poder. El objetivo es crear una estructura de trabajo, antes de iniciar la terapia individual concurrente. En dicha sesión familiar, el o la profesional establece los hechos del abuso y el abuso como un hecho, preguntando a los miembros de la familia, especialmente a la madre, como progenitor no abusivo, o a los dos padres cuando el abusador no es el padre, o a los hermanos e incluso o hermanas del niño o la

niña abusado(a), si el abusador estuviera presente, qué diría sobre los hechos del abuso o sobre la cuestión de la responsabilidad.

Así, el o la profesional puede lidiar con cuestiones de responsabilidad, participación, culpa, acusación y poder. Sin una sesión de responsabilidad por poder, los niños o las niñas que sufrieron abuso sexual pueden estar en conflictos de lealtad, sin saber si pueden tratar abiertamente con el abuso en el tratamiento o si el abuso debe continuar siendo un secreto familiar. Generalmente, esta sesión establece por primera vez al abuso como una realidad externa reconocida para el niño o la niña y la familia.

La naturaleza específica del abuso sexual del niño o de la niña como síndrome de secreto, deja a la terapia individual en segundo lugar, después del tratamiento en grupo, donde los niños o las niñas son "normales en el contexto" de los grupos. El hecho de que la terapia individual pueda traer dificultades específicas no significa que no pueda ocurrir en el contexto de un abordaje metasistémico. Sus desventajas pueden convertirse en distintas ventajas, con poderosos efectos terapéuticos, cuando los y las terapeutas están conscientes de las desventajas y son capaces de lidiar con los problemas estructurales y técnicos involucrados.

Una terapia individual conducida simultáneamente con el trabajo familiar en la Intervención Terapéutica Primaria, está indicada cuando el trabajo de grupo no es suficiente o no es posible. También está indicada para niños o niñas pequeñas(os), demasiado jóvenes para una terapia de grupo, cuando la terapia madre-hijo no es posible. La terapia individual necesita permanecer firmemente ligada al contexto de abordaje metasistémico, relacionándose a la protección del niño, al proceso familiar y a la intervención multidisciplinaria integrada. De lo contrario, la terapia individual llevará a una terapia antiterapéutica, a conflictos por poder en la red profesional y al fracaso del tratamiento.

Problemas de encuadre

En términos estructurales, la terapia individual puede recrear el contexto exacto de la experiencia traumática original. Una situación uno a uno, en un ambiente altamente sigiloso y tras puertas cerradas se puede transformar en una estructura

recreada de soledad desamparada. La privacidad se transforma en secreto y la atención individual no dividida puede ser experimentada como la abrumadora proximidad del abuso sexual.

Los inicios y finales ritualizados de la terapia individual pueden repetir para el niño o la niña la confusión básica entre secreto y realidad, experimentado en la situación abusiva. El contraste entre la realidad antes y después de la sesión, puede inducir en el niño o la niña un estado de consciencia psíquico alterado durante la sesión, análogo a la anulación de la realidad abusiva en el proceso interaccional de la propia experiencia abusiva.

La estructura y organización externa básica de la sesión de terapia puede, en consecuencia, transformar en la mente del niño o de la niña, una sesión de psicoterapia en una sesión de abuso sexual. Puede apartarse en la pasividad y en comportamientos de víctima, pudiendo abandonar la terapia.

El inconsciente y el secreto

Una comunicación inconsciente en la terapia individual requiere interpretación, mientras que una comunicación secreta necesita ser entendida en el nivel de realidad y no debe ser interpretada. Si el secreto es manejado a través de la interpretación y no de modo investigativo orientado a la realidad, el proceso y la estructura de la terapia individual repite el proceso traumático del abuso sexual. Cuando el niño o la niña comunica en el dominio del secreto, el o la terapeuta que interpreta se convierte en el progenitor no abusivo que no quiere saber lo que en realidad pasó, repitiendo el proceso psíquico en el que la realidad externa no puede ser nombrada como tal. Es importante dar permiso explícito para comunicar los secretos. Los(as) terapeutas tal vez deban preguntar y clarificar los elementos de la realidad externa antes que los sentimientos y fantasías sobre esa realidad.

Nombrando, creando y manteniendo la realidad en psicoterapia.

Una vez que el abuso sexual sea establecido como realidad externa en la psicoterapia, su estructura puede hacer difícil el mantenimiento de dicha realidad. Las disociaciones tienden a reconducir el aspecto de realidad del abuso hacia el secreto y la

negación, lo cual amenaza el sentimiento de realidad del abuso, como evento central que precisa existir para la interpretación terapéutica. La propia experiencia del abuso contiene una "no-experiencia" de la experiencia como parte integral, ya que fue anulada en su propio proceso, no sólo en términos psicológicos, sino también en términos fisiológicos y perceptuales.

El dilema terapéutico

En el abuso sexual infantil de larga duración, que generalmente comienza en la infancia precoz, el trauma primario básico está en un fracaso diádico precoz. El niño o la niña se orientó hacia el progenitor en busca de cuidado emocional y la respuesta fue el abuso sexual. En la terapia individual, la transformación terapéutica de secreto en privacidad, como tratamiento del trauma secundario específico del abuso sexual, se transforma en un acto de caminar en la cuerda floja, entre el restablecimiento traumático del secreto y la invasión igualmente traumática en el frágil desarrollo de la privacidad del self. No invadir el espacio de privacidad en desarrollo es prerequisite para la integración y desarrollo del verdadero self, de la individuación y la autonomía que pueden llevar a un relacionamiento verdadero y a un aumento en la sensación yoica.

La tarea terapéutica es interpretar siempre que la transferencia esté en el dominio de la privacidad. En el momento exacto en que la transferencia entre en el dominio del secreto, la tarea es crear y mantener la realidad externa. Ese acto de equilibrio crea dificultades técnicas. Cuando el o la terapeuta le recuerda continuamente al niño o a la niña que está en un estado de transferencia de la privacidad del abuso de modo de crear una realidad como base para la interpretación, el o la terapeuta comete un nuevo abuso psicológico al entrometerse en el espacio de la privacidad, violando la integridad del niño o de la niña y atacando el desenvolvimiento de su verdadero yo. Al interpretar en el dominio del secreto, el o la terapeuta recrea el contexto original del abuso, donde la realidad era anulada en el propio proceso y donde el progenitor no abusivo no quería saber lo que en realidad pasaba.

7. INTERVENCIÓN EN CRISIS DE ACUERDO CON LA ETAPA DE DESARROLLO PSICOSOCIAL

A continuación se realizan sugerencias de intervención en crisis en casos de abuso sexual infantil considerando las necesidades específicas de los niños y de las niñas de acuerdo con las primeras cuatro etapas de desarrollo psicosocial señaladas por E. Erikson (1978), que son: 1) confianza básica versus desconfianza básica, 2) autonomía versus vergüenza y duda, 3) iniciativa versus culpa y 4) industria versus inferioridad. También se vinculan las consecuencias del abuso sexual con las etapas. Asimismo, se enfatizan las aportaciones que el abordaje familiar multidisciplinario (Furniss, 1993) puede hacer a la optimización de la intervención en cada etapa de desarrollo psicosocial; sin olvidar que, de acuerdo con el principio epigenético, las adquisiciones de una etapa pueden verse transformadas posteriormente.

Intervención en crisis en la etapa de Confianza básica vs desconfianza básica

En esta etapa, la regularidad de los cuidados maternos y del funcionamiento del organismo de los niños y las niñas, les permite alcanzar un equilibrio entre la confianza y la desconfianza hacia si mismo(a) y hacia los(as) demás.

Existe poca investigación relacionada con las consecuencias del abuso sexual cuando éste ocurre antes de los 18 meses de edad. Aunque, basándose en una autora (Berryman, 1994), que escribe sobre el desarrollo de los niños y las niñas, se puede deducir que: desde el punto de vista cognoscitivo, los bebés no han desarrollado la capacidad de simbolizar, por lo que es difícil, si no imposible, que identifiquen la conducta sexual dirigida contra ellos, como un acto abusivo. De hecho, incidentes que podrían ser traumáticos en otras edades, apenas dejan huella en esta etapa; además, el abuso sexual, sobre todo si el agresor intenta excitar al niño o a la niña antes que causarle dolor, puede ser una experiencia "placentera". Sin embargo, si estas

experiencias son dolorosas y/o repetidas, o si se prolongan a otras etapas, perturbarán el logro del equilibrio de la personalidad que debería de alcanzarse en cada etapa de desarrollo, y el niño o la niña aprenderá que el mundo es un lugar hostil, donde sus necesidades son pasadas por alto, y los demás no son por lo tanto, dignos de confianza o, en palabras de Berryman (1994):

"El descuido, el abuso y la indiferencia son los mayores obstáculos para el desarrollo de la percepción de un mundo benigno y predecible donde un niño o una niña seguro(a) puede buscar su independencia y percibir las consecuencias de sus acciones".

Como se mencionó anteriormente, el principio epigenético indica que, los logros alcanzados en una etapa pueden ser afectados por sucesos ocurridos posteriormente. Así es crucial considerar en la intervención a la confianza y a la desconfianza, sin importar la etapa en que ocurrió el abuso.

En un abordaje familiar multidisciplinario, la confianza del niño o de la niña en su mundo, se restablece a través de aspectos específicos del enfoque. A continuación se mencionan algunos de esos puntos, sin pretender ser exhaustivos:

- Uno de los aspectos más importantes para la recuperación de la confianza es el objetivo número 1 de la Intervención Terapéutica Primaria: Bloquear la continuación del abuso sexual. Sin esa acción básica, cualquier esfuerzo de los profesionales será antiterapéutico
- Al considerar los vínculos reales de los niños y de las niñas con los progenitores que abusan, con los que no abusan y con otros miembros de la familia, se realiza la protección del niño o de la niña tratando de evitar la revictimización al optar como única opción por la separación del menor de la familia, con la cual se le quitaría la posibilidad de estar cerca de la gente en quién confiaba y restablecer la confianza, en caso de ser esto posible. Este restablecimiento se refiere tanto a la posibilidad de tener un vínculo no abusivo con el agresor (sobre todo en casos de abuso intrafamiliar), y la

posibilidad de volver a confiar en que la madre (y el padre en casos de abuso extrafamiliar) es capaz de cuidarlo y protegerlo. Esto permite construir o reconstruir la confianza en hombres y en mujeres, tanto como en sí mismo, así como desarrollar la capacidad para juzgar la confiabilidad de otros.

- El trabajo con la diada madre-niño, pretende hacer de la madre una persona emocionalmente central y protectora, en quién el niño o la niña pueda confiar que le creará y no lo rechazará cuando intente buscar protección, en caso de que el abuso continúe.
- Cuando los niños o las niñas son muy pequeños(as), otros tipos de terapia, como la terapia grupal e incluso la individual, no son aplicables; así que las intervenciones familiares, dirigidas a que los padres cumplan con su función protectora, son más eficaces, al proporcionar al niño o a la niña un marco confiable.

Intervención en crisis en la etapa de Autonomía versus vergüenza y duda

En esta etapa, en la que la maduración muscular y el estímulo ambiental para ser autónomo(a) permiten alcanzar un equilibrio entre el autocontrol y la autoestima, el abuso sexual genera fuertes sentimientos de vergüenza y duda sobre sí mismo(a), hay otros factores a enfatizar del abordaje familiar multidisciplinario, éstos son:

- La fuerte sugerencia de realizar trabajo terapéutico en grupo, con lo cual se "normaliza en el contexto" la experiencia y los niños o las niñas pueden dejar de sentirse diferentes de otros, reestructurando su autoestima.
- La toma de responsabilidad del agresor, ya sea de forma directa o indirecta (en una sesión de responsabilidad por poder); la toma de responsabilidad de los padres y madres como cuidadores y procuradores de bienestar para los hijos y las hijas, aunado al establecimiento del abuso como una realidad familiar compartida, contribuyen a la desculpabilización del niño, con el

consecuente retorno de la autonomía, a la cual el niño o la niña había renunciado al percibirla como motivo de conflictos y sufrimiento (castigo).

- La terapia de grupo también permite a los niños o a las niñas distinguir entre la realidad de la responsabilidad del progenitor abusivo por el abuso y las consecuencias de la revelación y sus propios sentimientos de responsabilidad, culpa, vergüenza y autoacusación. Todos aspectos importantes en esta etapa, donde el medio ambiente, es decir, su familia, debe protegerlo contra las experiencias arbitrarias y carentes de sentido de la vergüenza y la temprana duda.
- Otro aspecto que la terapia de grupo permite trabajar mejor que la individual, es aquel de las conductas sexualizadas, dado que es crucial que los niños o las niñas aprendan a relacionarse de manera no sexualizada. Es decir, maneja la paradójica consecuencia de la desvergüenza ante una exposición extrema a la vergüenza
- El enfoque señala el cuidado que se debe tener al conducir terapia individual, para no invadir la privacidad del self, ya de por sí afectada, con lo cual se propicia el restablecimiento de la individuación y la autonomía.

Intervención en crisis en la etapa de Iniciativa versus culpa

En esta etapa, se agrega a la autonomía la posibilidad de planear; el peligro radica en un sentimiento de culpa con respecto a las metas planeadas y los actos iniciados con placer. Si ocurre abuso sexual, es importante aplicar un abordaje familiar multidisciplinario porque este enfoque enfatiza, entre otros aspectos:

- La terapia de grupo le ayuda al niño o a la niña a descubrir aspectos de su personalidad, áreas de fuerza y potencial en sí mismo y en sus compañeros

- La recuperación de la iniciativa a través de los grupos de protección, donde los niños o las niñas aprenden a usar lenguaje sexual explícito, a reconocer el abuso, a rechazarlo y a buscar ayuda. Aspectos centrales en una aproximación preventiva, incluso de forma secundaria, como cuando ya ocurrió abuso, pero aún es importante evitar la revictimización.

Intervención en crisis en la etapa de Industria versus inferioridad

En esta etapa se desarrollan los fundamentos de la tecnología, aprendiendo a leer y escribir, así como a hacer cosas en equipo. Para ello, los niños y las niñas necesitan un nivel adecuado de autoestima. En el abuso sexual, la baja autoestima y el bajo sentido de eficacia, generan problemas escolares y depresión. Para contrarrestar estos efectos, el abordaje familiar multidisciplinario indica intervenciones como las siguientes:

- ◆ Terapia grupal, que ayuda a disminuir el sentimiento de alienación al "normalizar en el contexto" el abuso sexual. El sentimiento de inferioridad generado por el abuso, puede ser contrarrestado de forma radical por este tipo de intervención. La posibilidad de aprender a relacionarse con personas de su misma edad sin sentirse distinto, es crucial para el trabajo en grupo y para el desarrollo de habilidades sociales del menor.
- ◆ Intervenciones familiares destinadas a que los responsables del niño o de la niña retomen su papel protector y cumplan con promesas realizadas previamente, como puede ser aquella de disminuir el daño y el dolor.
- ◆ La intervención familiar también propicia claridad acerca de la responsabilidad del abuso, es importante subrayar que no ocurrió como resultado de alguna característica negativa (e incluso positiva) del niño o la niña.

CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE
PARIR DE LA BIBLIOTECA

Al considerar el impacto que tiene el abuso sexual infantil dependiendo de la etapa de desarrollo en que ocurra, y buscar una intervención psicológica adecuada, se seleccionó la Terapia Metasistémica de Furniss (1993) porque toma en cuenta el contexto individual, familiar y social del abuso sexual en el tratamiento. Las niñas y los niños necesitan que se reestablezcan las condiciones necesarias para proseguir con su desarrollo con las menores distorsiones posibles.

Las intervenciones sociales aisladas, como las intervenciones legales, protectoras o terapéuticas, pueden generar reacciones secundarias, que propicien daños en otras esferas del desarrollo. Por eso es importante conducir aproximaciones multidisciplinarias que tomen en consideración las necesidades específicas de la etapa de desarrollo del niño.

En la etapa de Confianza versus Desconfianza, donde se requiere que el niño y la niña encuentren un equilibrio entre esas actitudes, el abuso sexual genera que el mundo sea percibido de forma hostil; por eso, la Intervención Metasistémica puede ser útil y pertinente puesto que restablece la confianza en el mundo al detener el abuso, evitar separar al niño o a la niña de su familia de forma innecesaria y posibilitar que la madre y el padre puedan ser confiables otra vez, dando al niño o niña un ambiente seguro.

En la etapa de Autonomía versus Vergüenza y duda, la maduración muscular y el estímulo ambiental para ser autónomo(a) permiten alcanzar un equilibrio entre el autocontrol y la autoestima. El abuso sexual genera fuertes sentimientos de vergüenza y duda sobre sí mismo(a), por eso, aplicar una Intervención Metasistémica puede ayudar al niño o a la niña a restablecer su autoestima al darse cuenta de que a otros niños y niñas también les ha pasado lo mismo; que él o ella no es responsable del abuso, sino el agresor y que no tiene por qué sentirse avergonzado(a) o culpable por lo que ocurrió. Además, ayuda a que el niño o niña aprenda a relacionarse de manera no sexualizada y a que se le respete su privacidad.

En la etapa de Iniciativa versus Culpa, donde se trata de alcanzar un equilibrio entre la planeación de actividades y tareas y la culpa por realizarlas, al abuso sexual

infantil puede dejar la impresión de que hacer cosas es incorrecto. La Intervención Metasistémica puede ayudar al niño o niña a que descubra sus áreas positivas, a que sea capaz de referirse a lo que sucedió de forma clara; que pueda reconocer y rechazar el abuso y buscar ayuda si la necesita.

Finalmente, en la etapa de Industria versus Inferioridad, donde se trata de alcanzar un sentido de eficacia adecuado, el abuso sexual puede generar sentimientos de inadecuación y baja autoestima. La Intervención Metasistémica puede ser muy útil al contrarrestar el sentimiento de inadecuación y aclarar que el abuso no fue resultado de alguna característica del niño o de la niña.

La aportación más importante del presente trabajo, es el señalamiento de la responsabilidad que los adultos tienen para construir o reconstruir ambientes favorables para el desarrollo de los niños y de las niñas. Los adultos (agresor, sistema legal, de protección, padres y madres) son los únicos que pueden detener el abuso. Aun cuando el abuso haya ocurrido fuera de la familia, son los adultos quienes pueden aclarar al menor de quien fue la responsabilidad del mismo y que los padres deberían cuidarlo. También les corresponde la responsabilidad de comunicar al niño o a la niña que lo que ocurrió no implica ninguna culpa o señal de deficiencia en él o ella.

El modelo de intervención planteado aquí implica el trabajo conjunto entre profesionistas de distintas disciplinas, para contribuir a la reestructuración de las relaciones sociales de los pequeños abusados sexualmente. Esta, se puede concluir, es la forma más eficaz de proporcionarles un ambiente que contribuya al desarrollo pleno de sus virtudes y fortalezas, según la conceptualización de E. Erikson (1978) acerca del desarrollo humano.

LIMITACIONES

En la revisión bibliográfica, incluyendo la búsqueda por internet, no se encontraron libros o artículos que relacionen la teoría del desarrollo psicosocial de E. Erikson (1978) con las consecuencias o intervención en crisis requerida en casos de abuso sexual infantil. Se realizaron vinculaciones teóricas entre un modelo explicativo

de las consecuencias del abuso sexual (el modelo de dinámicas generadoras de trauma) y las etapas de desarrollo psicosocial.

La naturaleza bibliográfica del presente trabajo, impone la limitación de la falta de verificación empírica de los supuestos teóricos aquí manifestados.

SUGERENCIAS

Es importante realizar investigación de campo acerca del impacto de la Intervención Terapéutica Primaria Metasistémica en los niños o las niñas de acuerdo a la etapa en que ocurrió el abuso, con el fin de obtener un respaldo experimental de las conjeturas teóricas aquí presentadas.

También sería importante profundizar en como afecta el abuso sexual a las virtudes alcanzadas en etapas previas, dado que, según el diagrama epigenético, los logros ya alcanzados se pueden ver afectados posteriormente.

BIBLIOGRAFIA

Berryman, J. (1994) Psicología del desarrollo. México: Manual Moderno

Bolton, F.; Morris, L. y MacEachron, A. (1989). Males at risk: The other side of child sexual abuse. Inglaterra: Sage

Burgess, A. y Holmstrom, I. (1974a). Rape trauma syndrome. American Journal of Psychiatry. 131 (9), 981-986.

Calam, R.; Horne, L.; Glasgow, D. y Cox, A. (1998). Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow-up study. Child Abuse and Neglect. 22 (9), 901-913.

Cazorla, G., Samperio, R. y Chirino, I. (1994). Alto a la agresión sexual: consecuencias conductuales en los niños o las niñas. México: Diana

Código penal: para el Distrito Federal en materia de fuero común, y para toda la República en materia de fuero federal (1996). México: McGraw Hill.

Conte, J. y Schuerman, J. The effects of sexual abuse on children: a multidimensional view. En Wyatt, G. y Powell, G. (1988). Lasting effects of child sexual abuse. USA: Sage. Pp. 157-170.

Cueli, J.; R. de Aguilar, L.; Martí, C.; Lartigue, T. y Michaca, P. (1990). Teorías de la personalidad. México: Trillas.

Echeburúa, E. (1984). Personalidades Violentas. Madrid: Pirámide. P. 104.

Erikson, E. (1978, 7ª. Ed.) Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Paidós

Faller, K. (1990). Understanding child sexual maltreatment. U. S. A.: Sage.

Feinauer, L.; Mitchell, J.; Harper, J. y Dane, S. (1996). The impact of hardness and severity of childhood sexual abuse on adult adjustment. The American Journal of Family Therapy. 24 (3), 206-214.

Finkelhor, D. (1987). Abuso sexual al menor: causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. México: Pax-México.

Finkelhor, D. (1988). The trauma of child sexual abuse: Two models. En G. Wyatt y G. Powell. Lasting effects of child sexual abuse. USA: Sage.

Fischer, D. y McDonald, W. (1998). Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. Child Abuse and Neglect. 22 (9), 915-929.

Furniss, T. (1993). Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Gold, S.; Hughes, D. y Swingle, J. (1996). Characteristics of childhood sexual abuse among female survivors in therapy. Child Abuse and Neglect. 20 (4), 323-335.

González, A. (1996). Estudio comparativo del síndrome post-traumático en sobrevivientes de abuso sexual el cual haya culminado o no en violación. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

González, G.; Azaola, E.; Duarte, M. y Lemus, J. (s/f). El maltrato y el abuso sexual a menores: una aproximación de estos fenómenos en México. México: UAM, UNICEF, COVAC.

Hall, L. y Lloyd, S. (1989). Surviving child sexual abuse: A handbook for helping women challenge their past. New York: Palmer.

Heath, V.; Bean, R. y Feinauer, L. (1996). Severity of childhood sexual abuse: symptom differences between men and women. The American Journal of Family Therapy, 24 (4), 305-314.

Kort, E. (1990). Secuelas emocionales a largo plazo en el síndrome de trauma por violación. Tesis doctoral, Universidad Iberoamericana, México.

Lun, T. (1998). Sexual abuse trauma among chinese survivors. Child Abuse and Neglect, 22 (10), 1013-1026.

Macías, R. (1994). La familia. En C.J. Pérez y E. Rubio (Eds.) Antología de la sexualidad humana. Vol. II (pp. 165-199). México: Porrúa, CONAPO. P. 177.

Maier, H. (1976). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Amorrortu: Buenos Aires.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV (1995). España: Mason. Pp. 434-440.

Minoff, L. (1992). A case of rape: real and imagined. Psychoanalytic Review, 79 (4), 537-553.

Mrazek, P. y Kempe, C. (1987). Sexually abused children and their families. U.S.A.: Pergamon.

Notman, M. y Nadelson, C. (1976). The rape victim: psychodynamic considerations. American Journal of Psychiatry, 133 (4), 408-413.

Pérez, H. (1995, julio). Importancia de las estadísticas que sobre víctimas de delitos sexuales se elaboran en la Dirección General de Atención a Víctimas de Delito de la Procuraduría general de Justicia del Distrito Federal. Memoria de la 2ª. Reunión

Nacional sobre Agencias Especializadas en Delitos Sexuales. Procuraduría General de Justicia y Grupo Plural Pro-Víctimas, A.C.. pp. 46-50.

Priest, R. y Nishimura, N. (1995). Child sexual victimization: an examination of course offerings in graduate-level counseling programs. Family Therapy, 22 (1), 9-16.

Propondrán al nuevo gobierno una fiscalía para víctimas de delitos sexuales y negligencia médica. (1997, agosto 27). La Jornada, p. 51.

Salter (1988). Treating child sex offenders and victims. U.S.A.: Sage.

Sandford, F. y Brooks, S. (1981/82). Helping the sexually abused child and her family. En G. Hardgrove (Ed.). Los Angeles County protocol for the treatment of rape and other sexual assaults (pp. 119-127). Los Angeles: Commission on assaults against women.

Slaikeu (1988). Intervención en crisis. México: Manual Moderno. P. 11.

Tankenoff, R. (1980). The child victim. En S. L. McCombie (Ed.). The rape crisis intervention handbook: a guide for victim care (pp. 185-192). Nueva York: Plenum.

Walters, D. (1975). Physical and sexual abuse of children: causes and treatment. Londres: Indiana.