



UNIVERSIDAD CHAPULTEPEC

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ACUERDO UNAM Núm. 01/04 del 1º de junio de 2004

CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 3290-25

**Características Clínico-Psicológicas del paciente
pediátrico con abuso sexual atendido en el Hospital
Infantil de México Federico Gómez**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

INGRID KAREN GARCIA MOLINA

Asesor: Mtro. Jorge Isaac Átala Delgado

Sinodales: Dr. Christian López Gutiérrez

Mtro. Samuel Acosta Galván

Lic. Karla Ximena Díaz Galván

Lic. Manuel Alejandro Cano Villegas



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.

Dedicatoria Ingrid

La presente tesis se la dedico primero que nada a mi maestra de vida, compañera, amiga y cómplice que es mi madre sin ella yo no hubiera logrado llegar a este punto importante en mi vida. Gracias madre porque a pesar de mil cosas que han pasado nunca me soltaste de tu mano y siempre has estado para mí nunca me has dejado sola y aun así que eh tenido caídas siempre has estado tu para levantarme y no dejarme rendir, no tengo palabras para agradecerte tanto que has hecho por mí no me alcanzaría la vida para devolvete ni la mitad de lo que me has dado te amo con toda mi alma.

También quiero agradecer a mi esposo Jonathan que siempre me motivo e impulso a nunca dejar mi carrera a la mitad, gracias amor por tu paciencia, dedicación y por tu apoyo incondicional ya que sin tu motivación día con día no hubiera llegado a lograr esta gran meta en mi vida, eres lo mejor que me ha pasado te amo con todo mi corazón.

Y también quiero dedicar esta tesis a mis hijas para que cuando crezcan tengan un ejemplo de que a pesar de mil obstáculos en sus vidas nunca deben de abandonar sus sueños y ser alguien en la vida, las amo más que a mi propia vida hijas.

Quiero agradecer a la psicóloga Alejandra Hernández que siempre me ayudo con mi tesis a pesar del tiempo demorado en la misma siempre estuvo en la mejor disposición de ayudarme y enseñarme día con día, muchas gracias por toda tu ayuda y apoyo.

A usted Dr. Christian López Gutiérrez también quiero agradecer que a pesar del tiempo que se llevó a cabo mi tesis siempre recibí apoyo en todo momento para seguir adelante y excelentes consejos para que mi trabajo quedara de la mejor manera posible, en verdad mil gracias.

LISTA DE CONTENIDO

Resumen.....	VI
Introducción.....	1
Definición y descripción de abuso sexual	1
Tipos de abuso sexual	6
Factores que propician la agresión sexual	8
Indicadores de abuso sexual	11
Indicadores físicos.....	11
Indicadores de comportamiento en niñas y niños.....	13
Indicadores en los adolescentes.....	14
Dinámicas en relación del agresor a la víctima.....	15
Dinámica del abuso sexual.....	18
Dinámica del hechizo.....	19
Dinámica de la interacción ofensor-victima.....	23
Perfil Psicológico.....	26
Adolescente víctima de incesto.....	26
Perfil psicológico del abusador sexual.....	29
Cómo vive internamente el niño/a el abuso sexual.....	34
Consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales a corto, mediano y largo plazo.....	39
Método.....	45
Participantes.....	45
Instrumentos.....	46

Procedimiento.....	46
Resultados.....	47
Discusión.....	60
Conclusiones.....	62
Recomendaciones.....	64
Referencias.....	66
Anexo 1.....	68

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Similitudes entre abuso sexual y violación.....	2
Tabla 2. Indicadores físicos en la víctima.....	11
Tabla 3. Indicadores de comportamiento en niñas/os.....	13
Tabla 4. Indicadores en los adolescentes.....	14
Tabla 5. Consecuencias a corto plazo.....	40
Tabla 6. Consecuencias a mediano plazo.....	40
Tabla 7. Consecuencias a largo plazo.....	41
Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de la edad agrupada por etapa de desarrollo.....	48
Tabla 9. Frecuencias (f) y porcentajes (%) del sexo de 30 niñas y niños con sospecha de abuso sexual.....	48
Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de la escolaridad de 30 niños y niñas.....	49
Tabla 11. Frecuencia y porcentaje del tipo de familia de 30 niños y niñas.....	50
Tabla 12. Frecuencia y porcentaje del nivel socioeconómico de 30 niños y niñas.....	50
Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de datos quienes conocieron al agresor.....	51
Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de la relación con el agresor.....	52
Tabla 15. Frecuencia de las conductas que muestra el niño/a ante la sospecha de abuso sexual (antes-después).....	54

RESUMEN

En muchas culturas el abuso a menores era considerado un hecho normal: a los niños se les castraba para que no cambiara su voz; se les sodomizaba para ser entretenimiento y fuente de placer de emperadores y sultanes; se les vendía como esclavos; se les obligaba a trabajar en condiciones forzadas e insalubres llegando incluso a ocasionar la muerte. También era un hecho temido, pero al mismo tiempo aceptado que los conquistadores abusaran sexualmente de los niños y mujeres de los pueblos conquistados. Dentro del maltrato infantil, el abuso sexual es el más difícil de detectar y denunciar debido a que no siempre hay evidencias físicas que comprueben el abuso, así como la dificultad de denunciarlo debido a que en la mayoría de los casos el abusador es familiar de la víctima o conocido de la familia de la víctima. Es fundamental contar con herramientas que nos permitan detectar el abuso sexual infantil, independiente de la denuncia por parte de la víctima y/o familiar de ella, para poder obrar en consecuencia, tanto legalmente, como con asistencia oportuna y adecuada al caso. Por tal motivo se realizó una investigación para conocer las características clínico-psicológicas que presentan los pacientes con sospecha de abuso sexual y que son atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se aplicó una encuesta ex profeso (serie de preguntas realizadas para lograr algo en específico) a los padres o cuidadores de los pacientes que asistían a la consulta. En el cual al describir las características que comparten los pacientes con este diagnóstico, nos permitió elaborar un cuadro temprano de los síntomas de ellos. Por lo que nos dio como resultado la manifestación de conductas iguales en la mayoría de los niños como son: cambios de humor repentino, aislamiento. Pesadillas, problemas de sueño entre otros. Actualmente en el Hospital Infantil de México Federico Gómez se cuenta con la Clínica de Prevención del Maltrato Infantil que atiende a estos pacientes de forma multidisciplinaria (Medicina del Adolescente, Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social). La realización de este trabajo nos permitió conocer las características clínico-psicológicas similares en pacientes con sospecha de abuso sexual para poder emplear a tiempo medidas de seguridad tanto como para el paciente como para la familia, así como programas encaminados para ello y así puedan dotarse de una mejor confianza y protección.

Definición y descripción de abuso sexual

El maltrato infantil lo podemos definir como el abuso y la desatención de los menores de 18 años e incluye todos los tipos de maltrato físico, abuso psicológico, abuso sexual y negligencia o abandono.

Mismas que destacaremos a continuación:

- a) abuso físico.
- b) abuso psicológico o emocional.
- c) abuso sexual.
- d) negligencia o abandono.

De estos tipos de maltrato infantil, el abuso sexual es el más difícil de detectarse y perseguirse. Para lograrlo es indispensable establecer una definición adecuada del abuso sexual y de violación mismas que estableceré a continuación ya que para elaborar un diagnóstico y un tratamiento apropiados es fundamental para establecer un marco legal que permita procesar y castigar al abusador, proceso que no es fácil dada la dificultad del problema.

Abuso Sexual: Es todo aquel que sin consentimiento realiza un acto sexual u obliga a ver dicho acto. Una persona violenta a otra en tocamientos y/o frotamientos en los órganos genitales. Esto es sin llegar a la cópula. (Loredo , 1998)

- Cualquier forma de exposición del menor a estímulos sexuales o su utilización como objeto sexual, sin mediar violencia o intimidación. Esta definición abarca desde la exhibición del menor al material sexualmente evidente (revistas, películas, fotos) o proposiciones verbales explícitas hasta el acceso carnal. (Gamboa, 2010)

Violación: Es la penetración anal, vaginal u oral con el miembro viril, dedos o con cualquier objeto sin la aprobación de la persona, por medio de la violencia física o moral. (Redondo C., 2005)

Existen diferencias y similitudes entre la violación y el abuso sexual y autores como Finkelhor (2005) pag. 11-13 señalan las que se describen en la siguiente tabla:

Tabla 1

Similitudes entre abuso sexual y violación

Abuso sexual	Violación
Las personas que abusan sexualmente de los niños son con mayor frecuencia amigos y familiares de sus víctimas (similitud).	Muchos casos de violación son cometidos por hombres que las víctimas conocen (similitud).
El abuso sexual ocurre dentro de un periodo de 5 a 10 años sin que sea descubierto o sean separadas (diferencia).	La violación ocurre típicamente una sola vez (diferencia).
La coerción es poco común en el abuso sexual debido a que los niños son pequeños y dóciles y por lo mismo se pueden obtener los mismos resultados sin el uso de la violencia (diferencia).	Las víctimas de violación con frecuencia son amenazadas con armas mortales como un tipo de coerción (diferencia).
El abuso sexual de niños pocas veces llega al coito, generalmente se lleva a cabo a través de tocar los genitales, la masturbación y la exhibición (similitud).	La violación involucra un coito o un intento de coito (similitud).
El abuso sexual de los niños compromete una clase diferente de ayuda social (diferencia).	Los casos de violación son reportados generalmente a la policía (diferencia).

Un elemento central del abuso sexual es la intención de gratificación sexual por parte del adulto o niño/a más grande, cualquier acto de naturaleza sexual, que lleva a cabo para su

propia finalidad sexual, tomando al menor como un objeto. El abusador puede ser una persona que ha aprendido a expresar su sexualidad a través de la agresión y de la satisfacción de ejercer el poder de la diferencia de edad que le confiere y que lleva al mayor a controlar a su manera la conducta del menor.

Dentro de esta concepción de abuso sexual, se destacan las siguientes categorías:

Abuso sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: caricias o proposiciones verbales explícitas.

Agresión sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.

Exhibicionismo. Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.

Explotación sexual infantil. Una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil.

Dentro de explotación sexual infantil, existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas características e incidencia:

Tráfico sexual infantil.

Turismo sexual infantil.

Prostitución infantil.

Pornografía infantil.

De acuerdo con Paul y Arruabarrena (1996), hay tres factores que pueden resultar muy útiles en la detección y clasificación clínica de actos sexuales abusivos a menores (citado por Moreno, 2002):

La asimetría de poder. El abusador ejerce un control sobre la víctima y la relación sexual en ningún momento es concebida ni tomada en cuenta como algo mutuo. Es decir, es consecuencia tanto de la edad, fuerza física y capacidad psicológica del abusador como de la relación de roles entre el abusador y menor (padre-hija, profesor-alumno).

La asimetría de conocimientos. Puesto que el abusador es de mayor edad que la víctima, tiene un conocimiento más sofisticado de la significación y las implicaciones de la relación sexual.

La asimetría de gratificación. En la mayoría de los casos de abuso sexual a menores, se observa que el abusador intenta obtener gratificación sexual exclusiva. Es decir, que aunque el abusador intente excitar a la víctima, su único objetivo es su propia excitación sexual.

Entre las características que mejor definen el abuso sexual infantil, destacan las siguientes:

Es una forma de violencia física y/o emocional, por la que el adulto se aprovecha de la confianza del niño.

El adulto hace uso de su superioridad, tanto física como emocional para someter al niño a realizar actos contra su voluntad.

No se limita necesariamente a la relación entre hombre y niña, aunque suele ser el caso más frecuente.

Siempre tiene como consecuencia un trastorno en el desarrollo psicológico y conductual del menor. Los niños afectados sufren lesiones tanto físicas como mentales, si bien las secuelas psíquicas se detectan más difícilmente y se manifiestan mucho tiempo después.

Muchas veces se prolonga durante años.

El abuso sexual acontece cuando el adulto se sirve de su autoridad para aprovecharse de la relación de dependencia del niño.

El abusador busca, ante todo, satisfacer de forma consciente y/o inconsciente las necesidades del adulto.

Es fundamental no concebir el abuso sexual como una cuestión únicamente concerniente a la sexualidad del individuo, sino como un abuso de poder fruto de esa asimetría. Una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que ésta no deseaba, sea cual sea el medio que utilice para ello: la amenaza, la fuerza física, el chantaje. La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima que impide a ésta el uso y disfrute de su libertad. Pero igualmente importante es entender que el “poder” no siempre viene dado por la diferencia de edad, sino por otro tipo de factores. El abuso sexual entre iguales es una realidad a la que no debemos cerrar los ojos. En este caso, la coerción se produce por la existencia de amenazas o porque hay seducción, pero la diferencia de edad puede ser mínima o inexistente. Aun así, se consideraría abuso sexual.

En el abuso sexual, tanto para la detección como para la intervención, se necesita del testimonio infantil. En estos casos, “el cuerpo del niño no habla por sí solo”, el niño debe tener la valentía de hacerlo por sí mismo, y deberá de sostener su testimonio en condiciones extremadamente adversas a su bienestar.

Otro elemento diferencial en la evaluación del riesgo es el hecho de que, en los otros tipos de maltrato, es esperable una cierta recurrencia del maltrato mientras la intervención de protección y rehabilitación toma lugar (excepto, por supuesto, en los casos de maltrato físico muy severo, donde se imposibilita todo contacto entre el niño y sus progenitores). Esto no es esperable en el abuso sexual; no puede tolerarse la reincidencia mientras la rehabilitación por medio del tratamiento toma lugar, hay que asegurarse de que el abuso se detenga por completo a partir del armado de la estrategia de intervención. Por otra parte, el riesgo de la víctima, una vez que se produjo el develamiento, se incrementa fuertemente, quedando expuesta, a partir de entonces, a situaciones de maltrato emocional severo, y de castigos físicos que están al servicio de la retractación.

Por eso las medidas de protección no culminan solamente con la separación del perpetrador de la víctima, sino que la actitud materna es esencial para evaluar la necesidad

de separar a la víctima del hogar. Si bien es cierto que, como filosofía básica de protección, se considera la separación de la víctima de su núcleo familiar una medida que va en detrimento de la seguridad emocional del niño, la realidad muestra que, en algunos casos, la situación familiar se torna tan hostil, que la ausencia de una figura aliada y protectora se convierte en un potencializador de la sintomatología infantil, empujando al niño/a a niveles de actuación peligrosos; esta situación suele tratarse con mucha frecuencia en los adolescentes.

Tipos de abuso sexual

Besten, 1997(citado por Moreno, 2002), habla de abusos sexuales a menores en el cual hay que hacer mención de las diferentes categorías, las cuales son:

1.- Manifestaciones claras e inequívocas:

- Relaciones sexuales genitales – orales.
- Relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal).

2.- Otras formas de abuso consideradas “de menor gravedad”:

- Tocamiento o manipulación de los genitales del niño.
- Obligar al niño a tocar los genitales del adulto, a menudo bajo la apariencia de juego.
- Masturbación en presencia del niño.
- Obligar al niño a masturbarse en presencia del adulto.
- Frotamiento del pene contra el cuerpo del niño.
- Mostrar ilustraciones pornográficas al niño.
- Tomar fotografías pornográficas o películas del/con el niño.

3.- Abusos sexuales incipientes:

- El adulto se muestra desnudo delante del niño.
- El adulto muestra sus genitales al niño.
- El adulto quiere “dar el visto bueno” al cuerpo del niño.

- El adulto besa al niño de forma muy íntima (beso con lengua).
- Iniciar prematuramente al niño en la sexualidad para satisfacer las necesidades exhibicionistas y/o mirón del adulto.

Seguendo a De Paul y Arruabarrena (1996), el abuso sexual puede expresarse en varias categorías:

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

Incesto: Si el contacto físico sexual se realiza por parte de una persona con relación de consanguinidad lineal o por un hermano, tío o sobrino.

También se incluye el caso en que el adulto está cubriendo de manera estable el papel de los padres.

Violación: Cuando el adulto es otro cualquiera no señalado anteriormente.

- En función del tipo de contacto sexual:

Abuso sexual sin contacto físico: Es decir, casos de seducción verbal explícita de un niño, exposición de los órganos genitales con objeto de obtener gratificación o excitación sexual y masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con objeto de buscar gratificación sexual.

Vejación sexual: Ya sea por tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las zonas erógenas del adulto.

Contacto sexual genital: Relación sexual que se manifiesta por la penetración digital o con objetos (sea vaginal o anal), sexo oral o penetración con el órgano sexual masculino (sea vaginal o anal).

A su vez, Martínez y de Paul (1993, citado por Moreno, 2002), entienden que el abuso sexual se divide en las siguientes categorías:

Según el tipo de relación:

Paidofilia: delito homosexual o heterosexual contra un menor.

Hebofilia: comercio sexual entre un adulto y un adolescente.

Incesto: relación sexual con personas de entorno familiar (e.g., padre, madre, hermano, abuelo).

Según el tipo de abuso:

Contacto físico sexual, penetración oral, anal o vaginal por o en unión con el órgano sexual de otra persona; penetración vaginal o anal con un objeto, realizado por otra persona. Esto incluye actos conocidos como: sexo oral, coito o copulación.

Tocamiento intencionado con o sin agresión de mamas, genitales, zona anal, etc., con o sin ropa.

Estimulación del área perineal del agresor por parte del niño.

Inducción al niño a penetrar o pseudopenetrar al agresor.

Tomar o mostrar fotografías o películas de carácter sexual explícito o simulado con el fin de satisfacer al agresor.

Hacer partícipe u observador al menor en actos sexuales con objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión o degradación, etc.

Masturbación en presencia de un menor.

Exposición de los órganos sexuales a un menor con el propósito de obtener excitación o gratificación sexual.

Solicitud indecente o seducción verbal explícita.

Factores que propician la agresión sexual

La característica esencial de las familias donde se dan abusos sexuales a los menores es que presentan algún tipo de disfuncionalidad que permite normalmente, su tendencia a encerrarse en sí mismas y a aislarse socialmente.

Se identifican dos grandes tipos de familias propensas a la práctica de abusos sexuales sobre los menores, caracterizadas ambas por la presencia de parejas de progenitores en las que uno de los miembros es el dominante y autoritario y el otro el subordinado y pasivo. Los hijos suelen estar implicados consecuentemente, en la relación de pareja con funciones sustitutivas. Por un lado, familias donde el perfil patriarcal de su funcionamiento es extremo. El padre es una figura dominante y su

comportamiento es autoritario e incluso, violento. La madre, por el contrario, es pasiva o sumisa, y suele presentar enfermedades físicas o psicológicas que la sitúan en una posición marginal dentro del grupo. En este tipo de familias, una hija reemplaza a la madre, asumiendo también el papel sexual correspondiente. Por otro lado, familias donde los papeles están invertidos respecto de la anterior; la madre es la figura dominante, aunque se halla frecuentemente alejada del hogar por motivos de trabajo y el padre adopta una posición subordinada y dependiente respecto de ella, con lo que se alinea psicológicamente con los hijos. En este tipo de familias, el padre busca el consuelo afectivo en una hija, lo que deriva frecuentemente en el incesto.

Existen otros tipos de características que propician los abusos sexuales denominados de alto riesgo (Sanz & Molina, 1999):

Alcoholismo o drogadicción en el núcleo familiar: existe una alta correlación entre el consumo de sustancias y el abuso sexual. El ofensor puede usar el alcohol o las drogas como medio desinhibidor, o para calmar la culpa por los actos abusivos. En una familia donde hay abuso de sustancias, los hijos son vulnerables a abusos tanto intra como extrafamiliares, y la víctima puede ser alcoholizada como parte de un abuso con múltiples perpetradores.

Violencia intrafamiliar: la presencia de conductas violentas es sinónimo de ausencia de control impulsivo y hace más grave la posibilidad de abuso, pues la coerción física puede ser usada para someter antes o después del acto abusivo; la presencia de maltrato físico por parte del adulto no ofensor pone al niño en una situación de extrema vulnerabilidad por la ausencia de protección y empatía.

Enfermedad mental o retraso mental: un padre con estas características presenta pobre juicio crítico y dificultades con el control de impulsos, si el adulto no ofensor sufre enfermedad mental, lo limita en su capacidad de protección. Por último, si el niño es discapacitado mental, eleva el riesgo de su vulnerabilidad por la limitación de entender las consecuencias perjudiciales de la interacción sexual con un adulto; además, sufriría mayor resistencia a ser creído si decidiese relatar lo que paso.

Los factores de riesgo asociados con el abuso sexual que han sido identificados y pueden presentarse en los padres o cuidadores (Azaola, 2005), son:

Discapacidad psíquica grave.

Consumo de alcohol y/o drogas.

Historia previa de abusos, falta de establecimiento de vínculo o deficiencias de relaciones afectivas entre los padres y el niño/a.

Falta de redes de apoyo psicosocial.

Aislamiento de la familia.

Problemas de desencuentro y/o ruptura familiar.

Desempleo o pobreza y falta de reconocimiento de los derechos del niño como persona.

Dentro del microsistema de relaciones familiares, es muy importante considerar la interacción entre los miembros de la familia, cónyuges entre sí, padres-hijos, características de los hijos. De esta manera, determinados atributos de los padres (tolerancia al estrés, síntomas depresivos, alteraciones de la personalidad) y de su relación (conflicto de pareja, violencia conyugal) en interacción con variables temperamentales y conductuales de los hijos, constituyen los desencadenantes del maltrato.

La principal variable asociada a la ocurrencia del abuso de un niño por un adulto es la psicopatología del adulto. Está claro, que ni las situaciones del macrocontexto (desempleo, aislamiento social) ni del microsistema familiar (calidad de la interacción conyugal, conflicto con los hijos) alcanzan a explicar la motivación de la actuación sexual con los niños.

En el abuso sexual intrafamiliar, el entramado de las relaciones vinculares, los lugares rigidizados y la inversión de roles aportan a mantener el incesto, pero esto no esclarece; la etiología del abuso se encuentra en el intrincado y complejo perfil de la personalidad y del estilo cognitivo de los adultos con tendencias a abusar sexualmente de un niño.

Indicadores de abuso sexual

Indicadores Físicos

Generalmente las personas piensan que si un niño, niña o joven se comporta diferente, esto se debe a que está tratando de ser independiente, o que se ha vuelto rebelde, o simplemente que está "pasando por la adolescencia".

Un cambio en la conducta no significa necesariamente que la persona sea víctima de abuso, pero los cambios significativos en diferentes áreas del comportamiento, deber ser explorados como un posible indicador que requiere especial atención. Los indicadores anteceditos son especialmente representativos de abuso sexual.

Pueden existir indicadores físicos que muestran que un niño, niña o un o una adolescente ha sido víctima de abuso sexual, (citado por Caja Costarricense de Seguro Social, cf.):

Tabla 2

Indicadores físicos en la victima

Indicadores físicos	
1	Infecciones recurrentes en el tracto urinario
2	Enfermedades de transmisión sexual
3	Ropa interior inexplicablemente manchada o rota
4	Sangrados alrededor de la boca, el ano o la vagina (también fisuras)
5	Aumento general de trastornos somáticos tales como: dolores de estómago, cabeza, etc.
6	Regurgitación o vómito de alimentos (especialmente si el ofensor ha introducido su pene en la boca del niño, niña o del o la adolescente: felatio)
7	Tono de voz o lenguaje propio de un niño o niña más pequeño
8	Dolor en el área de la vagina, el pene o el ano

- 9 No controlan la micción (enuresis)
 - 10 No controlan la defecación (encopresis)
 - 11 Brotes o rasguños inexplicables
 - 12 Privarse voluntariamente de alimentos
 - 13 Comer y luego provocarse el vómito
 - 14 Picazón anormal en el pene o la vagina
 - 15 Olor extraño en el área genital
 - 16 Hallazgo de objetos pequeños en el ano o la vagina del menor
 - 17 Embarazo temprano entre 9 a 14 años particularmente
 - 18 Dificultad para caminar o sentarse
 - 19 Vergüenza de su propio cuerpo y resistencia a cambiarse en frente de otros.
 - 20 Comerse las uñas, los dedos, los labios, hasta romperlos, infectarlos o hacerlos sangrar
 - 21 Adolescentes mujeres que desean casarse jóvenes para salir de sus hogares o situaciones abusivas
 - 22 Comportamiento muy seductor u obsesivo en relación al sexo, en conversaciones, dibujos, televisión, bromas, películas
 - 23 Masturbación excesiva
 - 24 Tendencia a abusar sexualmente de parientes o amigos menores en edad.
 - 25 Depresión, pensamientos o tentativas de suicidio
 - 26 Sentimientos de disociación, es decir, el o la adolescente tiene la sensación de que se está viendo a sí mismo (a) como en un sueño
 - 27 Temor a la homofobia en los adolescentes varones (miedo a ser considerados homosexuales, temor y odio hacia los mismos)
-

Tabla 3
Indicadores de comportamiento en niñas/os

Indicadores Comportamiento	
1	Indicadores de comportamiento
2	Dejar de comer o comer demasiado
3	Problemas al dormir
4	Pesadillas muy frecuentes
5	Llanto o lamentos sin razón aparente
6	Temor hacia los adultos en general
7	Comportamiento mucho más tímido de lo normal
8	Comportamiento más dependiente de los padres de lo usual
9	Hiperactividad
10	Incapacidad de concentrar la atención en algo por mucho tiempo
11	Comportamiento regresivo, propio de un niño o niña de menor edad
12	Comportamiento sexual inadecuado para la edad, en su relación con otros niños o niñas o en sus juegos
13	Conversación sobre temas sexuales en términos poco adecuados para su edad.
14	Rendimiento académico menor a lo usual
15	Incapaz de relacionarse bien con otros niños o niñas y compañeros o compañeras de clase de su edad
16	Comportarse en forma muy agresiva, generalmente llega a pelear con otros (as)
17	Temeroso (a) de alguien en particular o por el contrario, quiere pasar demasiado tiempo con esa persona en especial
18	Comportamiento como si nada en el mundo le interesara
19	Temor a la oscuridad
20	Muy somnoliento (a) en la escuela
21	Tics nerviosos en la cara

Algunos de los indicadores anteriores para niños (as) se aplican también a los y las adolescentes, además de los siguientes:

Tabla 4
Indicadores en los adolescentes

Indicadores Adolescentes	
1	Mantenerse aislado de los demás
2	Evitar llegar a casa
3	Evadir a una persona en especial o querer estar a solas con esa persona en particular
4	Malas relaciones con compañeros (as) de clase y amigos (as)
5	Mala auto-imagen, habla de sí mismo (a) en forma despectiva
6	Problemas de higiene en el arreglo personal, usa algunas veces doble ropa interior
7	Baja autoestima
8	Rendimiento académico por debajo de lo usual
9	Ausentismo en la escuela, vagancia
10	Consumo de alcohol o drogas
11	Hacer todo lo que dicen los demás, falta de asertividad
12	Actitud hostil y enojo por encima de lo normal
13	Peleas con compañeros (as) de clase, amigos (as) y/o hermanos (as)
14	Ansiedad, nervios y tensión
15	Dificultad para confiar en otros (as)
16	Aislado (a) de los (as) demás compañeros (as), amigos (as) o hermanos (as)
17	Sentimiento de suciedad y necesidad de ducharse varias veces al día

Si bien es cierto que estos indicadores pueden encontrarse en los casos de abuso sexual, la existencia de alguno de ellos de forma aislada no tiene que indicar necesariamente la presencia del abuso. Es importante señalar que estos indicadores deben valorarse de una forma global, es decir, serán más significativos en la medida en que aparezcan un conjunto amplio de estos indicadores. Los indicadores sexuales son los que están más relacionados con la existencia de un abuso sexual, pero quizás lo más significativo puede ser cuando un menor presenta un cambio brusco con respecto a una situación o a alguna persona en particular (no querer ir al colegio, no querer que se le bañe, no querer estar con una persona que antes aceptaba, etc.).

Dinámicas en relación del agresor a la víctima

Generalmente pensamos que los agresores sexuales son hostiles, personas cochinas y repulsivas, gente desconocida y extraña de aspecto peligroso, pero más bien son personas que se encuentran emocionalmente inestables por lo que quieren hacer daño a los niños/as.

En realidad y por lo general, el agresor sexual es una persona de apariencia agradable y trato amable, puede ser un desconocido que nos haga plática en el parque, en el centro comercial, en la escuela, en la fiesta infantil, en la calle etc.

También puede ser alguien a quien conocemos y en quien confiamos como por ejemplo el vecino, el sirviente, el chofer, el jardinero, el portero, etc. Incluso adultos en posición de autoridad como lo son el entrenador deportivo, el médico, el maestro, el sacerdote o el policía.

Hasta puede ser un familiar o pariente como el padre, la madre, el padrastro, el hermano, el primo, el tío, el abuelo o la prima, la tía o la abuela, ya que algunas veces son las mujeres las que abusan de los niños/as (Canencia, 2001).

De acuerdo con Lanyon, 1986, (citado por Gamboa. 2010) en cuanto a la clasificación de dichos abusadores, tomando en consideración el grado de desarrollo y adaptación psicosexual, podemos diferenciar fundamentalmente entre dos tipos:

Abusadores primarios: muestran una inclinación sexual casi exclusiva por los niños y su conducta compulsiva es independiente de su situación personal. Se trata, clínicamente, de «pedófilos» en un sentido estricto del término, que presentan unas distorsiones cognitivas específicas: consideran su conducta sexual como apropiada (no se sienten culpables ni avergonzados), planifican sus acciones, pueden llegar a atribuir su conducta a un efecto de la seducción por parte del menor o pueden justificarla como un modo de educación sexual para este.

El origen de esta tendencia anómala puede estar relacionado con el aprendizaje de actitudes extremas negativas hacia la sexualidad o con el abuso sexual sufrido en la infancia, así como con sentimientos de inferioridad o con la incapacidad para establecer relaciones sociales y heterosexuales normales.

Pueden, además, contribuir determinados problemas de origen psicológico o social, como el abuso del alcohol o de las drogas, los estados depresivos, el escaso autocontrol e, incluso, en algunos casos, leve retraso mental

Abusadores secundarios u ocasionales: Sus contactos con menores son aislados, reflejan una situación de soledad o estrés. Se trata de personas que se relacionan con otros adultos, pero cuyas relaciones sufren alteraciones (disminución del apetito con su pareja habitual, conflictos de pareja), de esta manera, las conductas de abuso les propician una compensación de su autoestima o una liberación de hostilidad. En este tipo de personas suele ser determinante el estrés, así como el abuso de alcohol o drogas. Estos sujetos son conscientes del carácter anómalo de su conducta, suelen experimentar sentimientos de vergüenza o culpa.

Una de las características principales del agresor/a sexual es la facilidad para relacionarse con los menores, aprovechando este hecho para llevar a cabo la agresión.

De entre todos los modelos etiológicos del abuso sexual infantil, el más aceptado es el modelo elaborado por Finkelhor y Krugman, 2005; en el que se describen las cuatro condiciones para que el abuso se produzca:

1. **Primera condición**, relacionada con la motivación del agresor para cometer el abuso. En este sentido, los estudios establecen distintas categorías de motivaciones en los agresores sexuales, cada uno de los cuales desarrolla un modus operandi diferente:

- Por una parafilia sexual.
- Por repetición transgeneracional de experiencias previas de abuso en la infancia.
- Por un componente psicopático de personalidad.
- Por trastorno de control de los impulsos.
- Pedófilo exclusivo, por fijación obsesiva con un objeto sexualizado.

2. **Segunda condición**, relacionada con la habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos, recurriendo para ello al alcohol y las drogas.

3. **Tercera condición**, por la que se vencen las inhibiciones externas, o los factores de protección del niño.

4. **Cuarta condición**, que le permite vencer la resistencia del niño, para lo que se recurre al uso de la violencia o de la amenaza o el engaño y la manipulación. En este punto, hay menores especialmente vulnerables como los niños con discapacidades puesto que en algunos casos su capacidad para oponer resistencia se ve seriamente mermada o como el caso de los más pequeños de menos de tres años.

Finalmente, los abusos sexuales cometidos por un familiar son propiciados por el maltrato físico, la falta de alguien en quien confiar, no haber ninguna mujer que cuidara al niño/a y el alcoholismo en el agresor/a (citado por Cantón J., 2000).

Dinámica del abuso sexual

David Finkelhor (1980) define la dinámica del abuso sexual en 5 fases; seducción, interacción sexual, secreto, descubrimiento y negación (citado por Gamboa, 2010):

Fase de seducción: el ofensor utiliza la manipulación, hace creer al menor que es divertido lo que le propone, le ofrece recompensas y premios; le presenta la actividad como atractiva. En familias donde la violencia es común, si el/la menor se rehúsa el adulto puede utilizar la fuerza, amenazas, intimidación, o puede dejar de ser agresivo, mostrarle preferencia y/o protección al menor para convencerlo de participar.

Fase de interacción sexual: puede darse de manera progresiva. Un menor puede comenzar a manifestar algún síntoma físico o emocional. En esta fase no necesariamente se llega a la violación o lesiones graves; en general empieza con contacto físico, sin embargo, si se prolonga esta etapa, la posibilidad de una violación se toma inminente.

Fase de secreto: para continuar y protegerse, el ofensor persuade mediante amenazas o chantajes al menor para que guarde el secreto, o bien lo presenta como atractivo. Para ello emplea fórmulas como las siguientes: “este juego es entre tú y yo, nada más”, “no se lo vayas a decir a nadie”, entre otras frases.

Fase del descubrimiento: puede ser accidental o por revelación de la víctima. El primer caso, regularmente ninguno de los participantes estaba preparado para enfrentarlo, puede desencadenar crisis simultánea en el menor, la familia y el agresor/a. El segundo, al revelar la víctima el abuso en forma voluntaria, existen

mayores posibilidades de reducir el daño, sobre todo si se le prepara para enfrentar las consecuencias: crisis familiar, intervención de autoridades, entre otras.

Fase de negación: en el forcejeo para salir de la crisis provocada por el descubrimiento, la reacción más común en la familia es negar la importancia de los hechos y los efectos del abuso en la víctima. Realizan actos que tienden a minar su credibilidad, asustando, confundiendo, sembrando sentimientos de culpa, entre otros sentimientos, con el fin de que el niño/a niegue lo sucedido. Si reciben la atención necesaria, pueden restablecer el “equilibrio” de la familia, lo que muchas veces es seguido de la continuidad del abuso.

La mayoría de los delitos sexuales son cometidos por personas que tienen fácil acceso al menor y mantienen una relación de confianza o autoridad anterior al incidente sexual; puede ser el padre, padrastro, hermano, primo, educador, vecinos, amigos o trabajadores de la familia.

El agresor puede mostrar celos de cualquier infante o adulto que se acerque a la víctima. El adulto formula reglas que gobiernan las acciones del menor, generalmente cometen la agresión más de una vez.

Dinámica del Hechizo

Para Perrone y Nannini (2006), el matiz ritual parece un componente especialmente importante de la dinámica del abuso sexual. Los autores explican los rituales que utiliza el protagonista y predominan sobre el otro en una relación

Denominada hechizo (citado por Gamboa, 2010).

El hechizo se caracteriza por la influencia que una persona ejerce sobre la otra, sin que esta lo sepa; este aspecto es esencial y específico. La víctima tiene conciencia de participar en la relación, pero la naturaleza de esta le resulta profundamente indecodificable.

El estado de hechizo se crea a través de tres tipos de prácticas relacionales o praxis: efracción, captación y programación. Todas estas prácticas caracterizan la relación del hechizo.

Efracción

En términos juristas se refiere a los atentados contra la propiedad como el robo, así pues la violación puede ser asimilada al robo, ya que lo característico es el desacuerdo y la oposición de la víctima.

El abuso sexual y el incesto pueden ser asimilados a la estafa y el abuso de confianza, porque el abusador toma posesión de la víctima mediante argumentos falaces, traicionando la confianza depositada en él.

La efracción también significa que el abusador irrumpe en el mundo imaginario de la niña/o y destruye su tejido relacional al romper los vínculos con la madre, los hermanos/as y las amigas/os de sus misma edad.

La efracción es la primera “maniobra” del abusador contra la víctima, pero para lograr el hechizo, no basta con provocar una efracción sino, se le ha de asociar la captación.

Captación

Apunta a apropiarse del otro, en el sentido de captar su confianza, atraerlo, retener su atención y privarlo de su libertad; siguiendo las ideas de Tobie Nathan (1988), para lograr la captación se utilizan tres vías que confluyen en el mismo resultado:

- La mirada
- El tacto
- La palabra

Estas tres forman parte del bagaje sensorial y sensitivo de una persona, hacen posible el paso de las informaciones entre el individuo, su contexto; lo vuelve permeable y sensible a su ambiente.

Dado que los niños/as se encuentran en la fase de aprendizaje y de adquisición de las capacidades críticas, son más fácilmente objeto de las estrategias de captación que caracterizan las situaciones, las relaciones de abuso sexual y de incesto.

La mirada. De los tres canales, el de la mirada es el más sutil. Todos sabemos, una mirada puede movilizar emociones intensas, hacer sufrir afectos o provocar resonancias imperdonables, por cuanto son inesperadas y secretas.

Las niñas/os señalan la confusión causada por la mirada del abusador/a. Para la víctima, el mensaje a través de la mirada es “indecible”, al mismo tiempo inevitable, por que anuncia el paso del acto y excluye las escapatorias. Estas miradas, descritas como “ilegibles”, imposibles de decodificar confunden las fronteras entre la ternura, el amor, el deseo sexual y el crimen.

Las niñas/os dicen: “lo que ven en los ojos de los padres abusadores les provoca un sentimiento de confusión”. La víctima siempre tiene dificultades para conciliar lo que en un principio espera de un padre o un sustituto paternal y lo que les transmiten sus miradas.

Una niña/o sometida/o a la visión brutal de la desnudez, el sexo, el coito o las películas sexualmente explícitas cae más rápidamente en la trampa de la relación abusiva.

El tacto. La mirada y la palabra, en virtud de su carácter inmaternal y abstracto, pueden ser fugaces, quedar anuladas, borradas o negadas por, otros comportamientos.

El contacto corporal, los gestos, la ternura, las caricias son manifestaciones de la confianza mutua entre dos personas, favorecen y permiten que cada una abandone su cuerpo en manos de la otra, relaje su vigilancia, disminuya su espacio individual de seguridad, propiciando la proximidad y el abrazo amoroso.

Tal tipo de encuentro se basa en el consentimiento. De no haber acuerdo, la fuerza y la coerción imponen un contacto corporal traumático, violento, asimilable a la violación.

Los roces “casuales”, los contactos aparentemente insospechables e ingenuos de pronto se vuelven “indeciables”. Los gestos, hasta entonces tenían un carácter educativo o afectuoso (bañar a una niña/o, ponerlo sobre las rodillas, entre otros) pueden cargarse progresivamente de una connotación sexual, sin que la niña/o se dé cuenta del momento donde se traspasó la frontera (citado por Gamboa, 2010).

Al no poderse formular una opinión clara con respecto a la legitimidad o ilegitimidad de estos gestos, con respecto a su “normalidad”, la víctima no puede defenderse por que ha quedado sumida en el malestar, la confusión y la parálisis.

Los contactos tienen una intensidad sensorial desconcertante, van asociados a mensajes de trivialización (“jugar”), de protección o afecto (“dormir juntos”, “abrazarse”), de cuidado (“dar un baño”, “revisar el cuerpo”). Además, al focalizar la atención y desviar la crítica, crean un anclaje donde se mezclan la excitación sensorial y las consignas verbales de aprendizaje, que condicionaran los comportamientos ulteriores de un infante (citado por Gamboa, 2010).

La palabra. Es el canal más sofisticado del conjunto de estrategias. El abusador la utiliza con fines de captación.

Cuando el cuerpo de un menor es sometido a estimulaciones sensoriales abusivas, la palabra que acompaña los gestos desvía la atención y crea confusión al fin de anular al sentido crítico, y amenaza o persuade para desarmar toda la resistencia.

Un infante se aterra a la idea, es imposible que las cosas sean así. Escucha tratando de traducir las palabras en una lógica compatible con su condición y su edad. De lo contrario se abstiene de traducir, las palabras quedan a la espera de un sentido. Pero aunque hayan sido comprendidas, las palabras de deducción quedan sin aclarar. La aclaración podría pagarse con la pérdida del objeto amado (el padre) o de todos los objetos amados (la madre, la familia).

Lo característico de la captación es el hecho de “atrapar” a la persona, dejándola sin ninguna posibilidad de resistirse. Ello no quiere decir que el abusador/a sea consciente de su propia estrategia.

Para comprender la continuidad y la duración del hechizo hace falta explicar el fenómeno de programación. La efracción consiste en entrar al territorio de la presa; la captación, en dominarla y ponerla dentro de una jaula. La programación consiste en “amaestrarla”, enseñándole a no salir aunque la puerta quede abierta y a permanecer cautiva voluntariamente.

Programación

Consiste en introducir instrucciones al cerebro del otro para inducir comportamientos predefinidos a fin de activar conductas adecuadas a una situación o un libreto. El objeto es condicionar a la víctima para mantener dominio sobre ella. Al ser hechizo un fenómeno relacional tan amplio, con consecuencias tan manifiestas sobre los estados de conciencia, crecimiento y desarrollo psicoafectivo de las víctimas (sobre todo si son muy jóvenes), cabe pensar que el fin de los abusos sexuales no implica el fin del hechizo.

Fuera de la dimensión sexual, el hechizo existe fuera de los casos extremos de violencia, como cuando una persona explota o coloniza abusivamente a otra, cuando un empleado jerárquico se ve obligado a sacrificarse por su empresa, cuando los padres sufren la tiranía de sus hijos, cuando alguien es inducido a entrar en una secta o en grupúsculo totalitario, o cuando una familia vive bajo la influencia de la patología de uno de sus miembros” (citado por Gamboa, 2010).

Dinámica de la interacción ofensor-victima

El grado creciente de conductas abusivas implica un grado creciente de intimidad en la relación abusador-abusado. No se requieren las mismas maniobras persuasivas para acariciar los genitales por encima de la ropa, que para iniciar una penetración digital. El grado de persuasión va en aumento, hasta evolucionar en la coerción franca y

abierta con maniobras psicológicas, amenazas y hasta castigos físicos; esto es así, porque el grado de resistencia pasiva que ejerce el niño no es igual en el comienzo del proceso de seducción, que hacia el final del mismo.

Toda relación sexual entre un adulto y un niño, tanto intra como extrafamiliar, se inicia con la creación de un vínculo de confianza y afecto absoluto, que el perpetrador va adquiriendo a través de maniobras de gratificación de la autoestima del niño y que tienen como objetivo asegurarse la complacencia infantil. Cuanto más pequeño el niño, más fácil es lograrlo, basta con una dedicación especial: juegos, regalos y un poco de tiempo compartido; entre la pubertad y la adolescencia, el grado de “soborno” emocional es mayor, y el trabajo colocar al niño/a en el lugar de el/la favorita exige más inversión de tiempo. En el abuso extrafamiliar, más comúnmente llevado a cabo por abusadores paidofílicos, este proceso es absolutamente planeado de manera consciente por el perpetrador, para asegurarse la complacencia del niño. En el abuso intrafamiliar, la intimidad de las relaciones, la inversión de roles, el autoritarismo ejercido por los miembros de la familia (en general, por el abusador) favorecen las maniobras seductoras de éste.

El proceso de “preparación” de la víctima, sobre todo en casos de incesto, es llamado por algunos autores “estrategias de seducción y preparación” para el incesto. John Christiansen y Reed H. Blake (1990) sostiene la idea de que los perpetradores usan la confianza, el favoritismo, la alienación, el secreto, la violación de límites personales, y maniobras de evaluación o revisión de estas estrategias con sus hijas, para que “participen” de la actividad sexual (citado por Sanz y Molina 1999).

Confianza

El primer paso para iniciar una relación incestuosa es el establecimiento de un vínculo estrecho de confianza. Cuanto más estrecha, menor riesgo de develamiento. Usualmente los padres recurrirán a maniobras tales como: 1) ofrecer regalos, salidas, ropa, dinero; 2) compartir salidas o actividades especiales con ella; 3) asegurarle constantemente a la niña que lo que ellos hacen no le harán daño, ni las lastimará.

Favoritismo

Otra maniobra importante en el proceso de seducción es de colocar a la niña víctima en el lugar de la “favorita”. En el entramado de la relación perpetrador-victima, está claro que la niña deberá tener una actitud de reciprocidad con el padre, por la atención especial. Las niñas víctimas suelen sentir que sus padres las tratan de manera “especial”, perciben ser tratadas de manera diferente que sus hermanos y que su propia madre, usualmente sienten que son las mejores y más queridas por sus padres; a lo largo de este proceso, se van borrando deliberadamente los roles tradicionales padre-hija, los límites generacionales se van confundiendo, y la niña comienza a vivir un proceso que determina un manejo posterior distorsionado del poder de las relaciones humanas. La semilla de la manipulación vincular va sembrándose, hasta quedar instalada en la adolescencia, en donde la joven, aprenderá a manipular los deseos de su padre mediante esta vincularidad sexualizada, obteniendo lo que ella quiere o necesita, o revirtiendo medidas desfavorables, a cambio de la sexualidad. Convertirse y ser la “favorita”, la intocable, la que mejores prerrogativas tiene en la familia, es un proceso laboriosísimo e desarticula una vez interrumpido el abuso. La niña/adolescente se sentirá aliviada al develarse e interrumpirse la situación, pero no querrá ser despojada de sus patrones vinculares que le permiten usufructuar cierto “poder” en la estructura familiar. El “corrimiento de lugares”, la aceptación de la patología asociada a su “lugar distorsionado” es lo más resistente al cambio; esto la llevara a elecciones objetales revictimizantes, en donde ella pondrá nuevamente en juego la dinámica aprendida e intentará ser colocada en un lugar de victimizada controladora, casi en todas sus configuraciones vinculares significativas.

Alienación

Una consecuencia del favoritismo es la alienación que sufre la víctima del resto de su familia: alienación de la madre por la inversión de roles en que la coloca el padre; alienación del resto de sus hermanos, que perciben el trato diferencial como injusto; alienación del resto de sus pares sociales, ya que el padre ejerce control y

dominación sobre las relaciones en el mundo exterior, aislando así posibles fuentes de ayuda, reforzando la dependencia y el sentido de “entrampamiento”.

Secreto

El secreto es alcanzado por medios sutiles y explícitos, desde el control ejercido a través de gestos, miradas y códigos establecidos que presionan para silenciar, hasta las amenazas explícitas; todo impregna la relación de una cualidad amor-temor, que va girando cada vez más hacia el lado del temor; usualmente, es en esta situación donde las hijas descubren hasta qué punto los padres son capaces de actitudes y conductas posesivas, limitantes, amenazantes y hostiles para resguardar la relación”.

Perfil Psicológico

Adolescente víctima de incesto

El primer lazo en común que tienen estas adolescentes es el de ser víctimas de un tabú universal. La gente suele reaccionar con horror, descreimiento, shock con rabia o enojo, una vez que el secreto ha sido develado. La sociedad entera suele tomar una actitud de rechazo o distanciamiento de la víctima. Esta alienación es confusa para la víctima, quien experimenta una intensificación de los sentimientos de culpa.

En un trabajo acerca de las características de personalidad de las adolescentes, N. German y Habenicht (1990, citados por Sanz & Molina 1999) señalan:

La víctima de incesto padre-hija sufre de varios tipos de culpa:

- 1) Culpa por develar el secreto.
- 2) Culpa por la ruptura familiar y por los conflictos de lealtad hacia su madre y su padre.
- 3) Culpa por sentirse diferente de sus pares.

4) Culpa por los aspectos placenteros que haya derivado de la relación incestuosa.

5) Culpa por los intensos sentimientos hostiles y los deseos de venganza que experimenta hacia ambos padres, especialmente hacia su madre.

Si bien en un principio la reacción familiar es de sostén y protección, la realidad comienza a cambiar una vez que se comienza a sentir la ausencia del padre y se resiente la situación financiera familiar.

La adolescente suele sentirse aislada de su familia nuclear mucho antes del develamiento. La rabia y el resentimiento hacia ambos padres es opresiva porque en general la adolescente no puede expresar adecuadamente sus sentimientos. Esto crea una confusión interna en la hija, acerca de los roles asignados y de su identidad, que a su vez crea un clima de caótica incertidumbre que no permite el establecimiento de un vínculo de confianza. Después de un tiempo, la inversión de roles madre-hija se completa con la atracción sexual del padre hacia la hija. La hija mantiene la relación en secreto, por temor al castigo, al abandono y al rechazo y obtiene a cambio favores y recompensas. Muchas de estas adolescentes suelen pensar: "Yo sentía que a mi mamá no le importaba nada de mí y que ella ya no quería más que yo fuera su hija." En cualquier caso, la hija se encuentra sola con su secreto, entre ella misma y su padre (citado por Sanz y Molina. 1999).

Una vez que el secreto ha sido develado, la víctima expresa una variedad de sentimientos confusos. Debido a la calidad de relación con su padre y a sus sentimientos de alienación, está acostumbrada a obedecer y complacer; por lo tanto, no está en contacto con sus sentimientos, o utiliza toda su energía para negarlos. En general, la adolescente tiene miedo de reconocer su rabia y hostilidad (dirigidas al padre por violar su intimidad corporal, y a la madre por no haberla protegido).

Estos sentimientos suelen manifestarse indirectamente en forma de quejas psicósomáticas. Todas ellas muestran una baja autoestima, y una imagen corporal

muy devaluada, muchas se sienten dañadas de por vida o temen no poder tener hijos. Una manera que se pone de manifiesto la desvalorización es la ideación y los intentos suicidas, el uso del alcohol y de las drogas, como medios para escapar a los sentimientos de desesperación.

La característica más sobresaliente de las adolescentes víctimas de incesto es el encapsulamiento en sí mismas; tienden a ser desconfiadas y frías evaluadoras de la realidad. Prefieren mantenerse a un costado y evitar discusiones, se fatigan con facilidad, no tienen muchos amigos y son individualistas. El retiro en sí mismas pareciera ser una necesidad para poder sobrevivir al incesto (no tiene muchos amigos, no hablan de ellas, pasan desapercibidas). Son tímidas, desconfiadas, fácilmente intimidadas, pueden presentir el peligro rápidamente. Con respecto a las características estructurales de la personalidad, presentan una debilidad superyoica fruto de la victimización crónica; estas adolescentes tiene una tendencia a desobedecer reglas, y poseen poca adherencia a los estándares morales de un grupo; muestran una actitud indolente, frívola, que es el resultado de la adaptación al mantenimiento del secreto, o sea, de mantener la homeostasis familiar a cambio de vivir en la mentira. En este estilo de interacción, decir la verdad es inmoral. Son también dominantes, agresivas, independientes, poco convencionales y rebeldes. La victimización crónica las vuelve desconfiadas, escépticas. La fortaleza yoica es un rasgo positivo que les permite tolerar frustración, ajustarse a los acontecimientos y enfrentar la realidad. Suelen mostrar una actitud relajada frente a los acontecimientos, parecen “infrustrables”, pero esto suele esconder fenómenos de despersonalización. Suelen aparentar una hipermadurez, pero se trata solo de una fachada que esconde aprehensión y baja autoestima; esto último puede guiar al adolescente a elecciones equivocadas. Hay dos áreas en las que se parecería que ellas se asignan un valor positivo: el rendimiento escolar e intelectual y, para algunas, su apariencia física. Es una manera de compensar y “sobrevivir”. La combinación de baja autoestima, bajo potencial energético, ensimismamiento, timidez, conformismo, culpa, con agresividad escolar, produce un individuo muy difícil de manejar debido a su impredecibilidad. Los cambios repentinos de humor, y la falta general de energía, la hacen vulnerable al

abuso de sustancias químicas o al alcohol. Sus elecciones de pareja y de compañías en general están limitadas a aquellas con similares características, independencia a la revictimización, al abuso físico, es muy alta. Estas adolescentes suelen quedarse fijadas en la adolescencia, vulnerables para convertirse en las mujeres golpeadas del mañana. Igual que estas últimas, que prefieren aislarse del resto de sus amigos y familia, temen ser “descubiertas” y temen la interferencia del sistema social en sus problemas, así también la adolescente comienza a retirarse de los sistemas de apoyo. Tiende a resolver los problemas internamente, no se acerca a los demás en busca de ayuda, especialmente a los adultos. La debilidad superyoica la suele llevar a formar núcleos sociales con aquellos que no siguen estándares sociales, la atracción sexual está dirigida hacia aquellos que muestran patrones de dependencia, a los hombres que la necesitan. Su característica dominante le provee la creencia de que ella puede controlar y cambiar a su pareja. Como resultado del abuso prolongado y la violación de sus derechos, suele empatizar rápidamente con otros provenientes de situaciones similares; esto lleva a patrones de relación dominados por los deseos de rescate hacia el otro. Esto suele precipitar un patrimonio temprano. La víctima se agarra tenazmente de la creencia de que ella puede formar un hogar al que podrá controlar eficazmente, para ella y para sus hijos. Si su pareja comparte similares creencias y necesidades, rápidamente aparecerán los problemas sobre el dominio y el control. Se acomodarán a este patrón de interrelación usando el aislamiento y, de esta manera, se vuelve a cerrar el círculo involucrando, esta vez, una nueva generación” (citado por Sanz y Molina. 1999).

Perfil psicológico del abusador sexual

Esta ha sido un área del pensamiento con muchas implicancias a nivel social, en tanto influye en las políticas sociales y las tendencias a la penalización o a la desjudicialización de los casos, en especial aquellos que implican la victimización de niños dentro del sistema familiar. Desde fines de la década del setenta, y durante toda la década del ochenta, predominaba la clasificación de los perpetradores en, básicamente, dos tipos (citados por Sanz y Molina. 1999):

Abusador paidofílico: el “típicamente” perverso, con una orientación sexual hacia los niños, producto de una fijación infantil. Representa al abusador extrafamiliar principalmente, y su orientación sexual es predominantemente a niños pre-adolescentes. Es el tipo involucrado en el comercio sexual, la prostitución infantil, así como en el abuso extrafamiliar más comúnmente encontrado. Como su orientación sexual es predominantemente dirigida hacia los niños, es común encontrarlos desarrollando tareas relacionadas con ellos, en clubes, actividades deportivas y recreativas, o como un buen “vecino”, al cuidado de todos los niños del barrio. La motivación, entonces, es predominantemente sexual, y su relación con los niños es para satisfacer sus deseos sexuales. Se identifican con ellos, y parecería que quisieran ellos mismos permanecer siendo niños se relacionan con ellos como “iguales”.

Abusador regresivo: es el más comúnmente encontrado en el abuso intrafamiliar. Este tipo de abusador no representa una distorsión evolutiva de su sexualidad, su orientación sexual es heterosexual y dirigida hacia los adultos, pero en ciertas circunstancias, estrés relacional, marital, financiero, etc.; “regresan” a estadios evolutivos previos, y se involucran sexualmente con niños (especialmente si están relacionados familiarmente con ellos). Así considerado, el abuso sexual es la expresión sexual de necesidades no sexuales; en otras palabras, el abusador se relaciona con su víctima para satisfacer necesidades tales como aceptación, control y poder. El abuso es, entonces, un abuso de poder que adopta una forma sexual. En este tipo de abuso, el perpetrador no se identifica con el niño al que abusa; por el contrario, lo adultifica, para poder relacionarse sexualmente con él.

Esta clasificación tiene importantes implicancias con respecto al significado que se le asigna al hecho, la evaluación del riesgo que representa para la comunidad, el tratamiento propuesto, el pronóstico y la recuperación.

Esta concepción acepta dos lecturas, que se posicionan en los extremos de la misma línea del pensamiento. En una punta tenemos autores tales como Henry Giarretto (1982), que afirma: “la conducta incestuosa no es más que uno de los múltiples síntomas de una familia disfuncional.” Luego, afirma que el perpetrador no “elige” abusar: “la conducta abusiva es la ‘única’ respuesta posible que tiene a mano el

abusador para descargar su crónica baja autoestima producida por la permanente insatisfacción de sus necesidades. “Dentro de esta línea del pensamiento sistémico, tenemos autores que llegaron a recomendar reformular el incesto como “una manera muy intensa de mostrar amor”, y la tarea del terapeuta familiar será encontrar, junto con la familia, otra manera de demostrarlo (Trepper y Barrett, 1989). Aquí está implícita la noción de que son las familias, más que los ofensores, y las responsables por el incesto; el peso del incesto es compartido en partes iguales por los miembros de la familia, en especial padre y madre. La responsabilidad queda diluida. En el otro extremo, tenemos autores que, aceptando la inclusión del abusador intrafamiliar dentro del tipo “regresivo”, balancean mejor la propia contribución que el ofensor hace a la disfunción familiar. Nicholas Groth (1980) señala: “en nuestra experiencia clínica la mayor parte de los abusadores incestuosos pertenecen a la categoría de ofensores regresivos, que no presentan intereses sexuales persistentes o crónicos hacia los niños antes de la experiencia del incesto; la victimización sexual de su hijo/a ocurre en el contexto de una relación marital deteriorada, o como una consecuencia de algún acontecimiento traumático, o alguna crisis vital. En su inmensa mayoría, el incesto es, en parte, el resultado de la disfunción familiar...” sin embargo, si bien es importante reconocer la dinámica familiar, es aún más importante evitar distraer la atención de la responsabilidad del acto cometido”. Como vemos, es muy distinta la posición adoptada por ambas tendencias. En la primera, casi se podía afirmar que el abusador sexual es una “víctima de las circunstancias”, y que estaría de todos (el grupo familiar) ayudar para su recuperación. En la segunda, si bien se asigna a las circunstancias vinculares en papel preponderante en la etiología del incesto, no se asigna igual peso a sus responsables. Estamos más cerca de una concepción victimológica del abuso sexual. Esta tipología (abusador paidofílico-abusador regresivo), que sirvió para explicar el interés sexual de algunos adultos hacia los niños, ha perdido significación clínica desde hace algo menos de 10 años. Parece ser que la mayoría de los investigadores y clínicos especializados en el estudio de ofensores sexuales encuentran que una considerable cantidad de ellos son una mezcla de ambos, en los que los componentes de desviación perversa de la sexualidad se haya presente. Esta afirmación, que aparece constatada desde la investigación, parecía obvia para aquellos que desde la

clínica no encontrábamos tan natural la ocurrencia de “regresiones”, precipitadas por factores externos que permitieran a un individuo abusar sexualmente de algún niño. Algo se estaba perdiendo en aquella visión “inocente” del delito sexual intrafamiliar, y esto es las características estructurales de personalidad en los abusadores sexuales. Conte (1986) sugirió que todas las visiones familiares del incesto se apoyen en dos conceptos fundamentales: los padres y los padrastros incestuosos no abusan de niños fuera de su hogar, y el incesto es la expresión sexual de otras necesidades, no busca primariamente la gratificación sexual. Estas dos premisas han influido sobre la manera en que los profesionales y la comunidad en general han respondido al problema. Si los abusadores intrafamiliares no abusan más que de sus hijos, entonces no son un peligro para la sociedad. Las intervenciones rehabilitadoras con la familia deberían ser el tratamiento optado, mucho más que la penalización del delito. Después de todo, este es un delito que solo involucra a los miembros de esta configuración particular de familia. De hecho, los abusadores intrafamiliares reciben menos penas que los extrafamiliares. Si no se trata de disfunciones sexuales crónicas, esto es, de comportamientos perversos, que implican además un estilo transgresor y manipulador de difícil recuperación, los esfuerzos rehabilitadores serán orientados a trabajar la autoestima, depresión, dificultades relacionales, etc. La primera premisa (los padres incestuosos no abusan de niños fuera del círculo familiar) ha sido puesta en duda por recientes estudios. En 1988, Abel, Becker, Cunningham Rathner, Mittelman y Rouleau encontraron que un 49% de los padres incestuosos, que eran derivados para tratamiento, abusaban de niñas fueran de sus familias mientras el incesto tenía lugar. El 19% de estos mismos padres había cometido violaciones con mujeres adultas, y un 68% había abusado de varones fuera del núcleo familiar. Becker y Coleman (1988) encontraron en una muestra de perpetradores que el 44% admitía haber abusado dentro y fuera de la familia, un 11%, abuso de varones fuera de la familia, un 18% había cometido violaciones, 18% eran exhibicionistas, 9% *voyeuristas*, 4% sádicos, y un 21% tenía parafilias múltiples. En otro estudio más reciente (1990), Abel y Rouleau encontraron un 12% de abuso sexual incestuoso solamente, y un 23% abusaron de niños varones y niñas mujeres, dentro y fuera de la familia. Esta tendencia de los abusadores sexuales ha involucrase en más de tipo de conducta sexual desviada fue

tomada como la base de otro estudio, también realizado por Abel, Becker y McHugh (1983), que tomaron una muestra de abusadores y los reentrevistaron con estos parámetros en lista, y hallaron un incremento del 20% de conductas sexuales desviadas admitidas, en la re-entrevista específica. Con esta información, parecería prudente ampliar el marco de conceptualización acerca de las dimensiones involucradas en el abuso sexual de niños e incluir: la presencia de negación, patrón de excitación sexual, fantasías sexuales, distorsiones cognitivas, déficits en las habilidades sociales, y otros problemas de salud mental, como el uso de alcohol o drogas, depresión (Jon R. Conte). Una vez aceptadas estas dimensiones como posibles, se comenzó a pensar en el abuso sexual en el marco general de las agresiones sexuales, y a hacer menos distinciones artificiales entre el “agresor sexual” (sea este de niños o adultos) y el padre/padrastro incestuoso, incluyéndolo en la categoría de agresor sexual y, por ende, pasible de presentar algunas o todas las características que componen el ciclo adictivo de la agresión sexual. Es así como comienza a hablarse de adicción sexual o de conductas sexuales adictivas, comparando el abuso sexual con las adicciones. Una de las autoras que más claramente lo modeliza es Anna C. Salter (1995). Esta autora afirma que es más ajustado a la realidad pensar el abuso sexual como un “ciclo desviado” de pensamientos, sentimientos, y conductas, que culminan en un ataque sexual, que la creencia común de que el abuso es algo accidental, algo que “pasa”. Sin embargo, el relato mismo de los abusadores, uno concluye que el abuso puede verse de muchas maneras, menos como “impulsivo”. Es usualmente planeado y pensado mucho antes de su ocurrencia; algunos abusadores extrafamiliares pueden llegar a planear la “categoría” de niño, que van a buscar (por ejemplo, madres solas en busca de “figuras paternas” para sus hijos, padres adictos, que estarían dispuestos a cambiar al hijo por droga o alcohol.) Todos estos hechos dan por tierra el mito de que el abuso sexual es algo que pasa de forma accidental. El abuso sexual es altamente repetitivo, compulsivo y planeado, y por estas características toma prestado, según algunos autores (Laws, 1983; Pithers, 1988), el modelo de conceptualización de las conductas adictivas. La actuación sexual comparte otras conductas adictivas el estar focalizada en una gratificación a corto plazo, inmediata, a expensas de las consecuencias mediatas que produce; ambas

conductas tienden a ser repetitivas, son conductas que alteran el estado de ánimo, se basan en la negación y el secreto, predominan las distorsiones cognitivas que permiten que se perpetúen la conducta; ambas conductas son recuperables, pero no curables, son compulsivas, a expensas de sus consecuencias negativas, casi catastróficas; en ambas conductas, la recaída es muy frecuente. A pesar de las similitudes, hay un aspecto que las diferencia, y es que cada acto de agresión sexual involucra la victimización de otra persona y, por lo tanto, plantea consideraciones éticas y legales más complicadas que con otras adicciones. Si un abusador o agresor sexual se encuentra en tratamiento, y rebela nuevos episodios abusivos con la misma víctima o con otra, ¿Qué acción debería de tomar su terapeuta? ¿Informarlo a las autoridades? Si lo hace, se convierte en su cómplice; si lo informa, puede que el ofensor nunca más de vele nada en tratamiento, o que se resista a entrar en detalles sobre la naturaleza del abuso. Todos estos dilemas son inexistentes en el tratamiento de otras adicciones. Otra diferencia significativa es el rol que juega la fantasía en las agresiones sexuales y que no es significativa en las adicciones. Los ofensores sexuales de todas las categorías (paidofilicos, violadores, padres incestuosos) suelen masturbarse hasta alcanzar el orgasmo mientras fantasean acerca de la conducta sexual desviada. La misma denominación de “adicción sexual” implica que el ofensor tiene una atracción a la conducta desviada, y que será muy difícil lograr el cambio, y tanto más aun esperar que remita sola. Este modelo ha probado ser eficaz en la prevención de la ocurrencia de la conducta sexual desviada (Anna Salter, 1995), porque permite concentrar los esfuerzos en el reconocimiento de los pensamientos, sentimientos, conductas, actitudes y creencias que proceden y siguen a la conducta desviada” (citados por Sanz y Molina. 1999).

Como vive internamente el niño/a el abuso sexual

El abuso sexual constituye una experiencia traumática y es vivido por la víctima como un atentado contra su integridad física y psicológica, y no tanto contra su sexo, por lo que constituye una forma más de victimización en la infancia, con secuelas parcialmente similares a las generadas en casos de maltrato físico, abandono emocional, etc.

Los padres suelen sentirse indignados cuando un niño no les dice lo que ocurre y se sienten molestos y adoptan una conducta inquisitiva con el niño que, lejos de ayudar, ahonda más la problemática. Las principales causas que llevan a niñas y niños a mantener el silencio son tres:

Es muy frecuente que se encuentren involucrados los padres, parientes muy cercanos, amigos o personas de las que el menor depende.

Se sienten avergonzados y culpables por lo sucedido.

Consideran que la sexualidad es algo privado.

Cuando los padres interrogan tanto a las niñas/os, éstas/os se sienten cada vez más culpables encerrándose en un silencio que provoca la ira de sus progenitores, con lo que se cierra el círculo vicioso.

El silencio al respecto por parte del menor obedece a diversos motivos: miedo a no ser creído (de hecho, son frecuentes los casos de incredulidad explícita por parte de familiares no implicados ante las denuncias de los menores); chantajes por parte del adulto; vergüenza por la posible publicidad del asunto; sentimientos de culpa (además, existe la posibilidad de que se detenga al familiar); temor a la pérdida de referentes afectivos; y, sobre todo, la manipulación sobre el sistema perceptivo del menor que realiza el adulto, en forma de una confusión generada al difuminar la identidad exacta del acto que ha constituido el abuso. En este sentido, el menor es inducido a dudar de sus propias percepciones, a negar su autenticidad y, al final, ya no sabe qué experimenta de verdad, cuáles son sus sensaciones reales, qué está bien y qué está mal. Entonces se persuade de que la realidad más correcta es la del adulto que la interpreta para él, no la suya. Esta pérdida del ego, debida a la negación del propio sentimiento, a veces puede generar trastornos psíquicos de menor a mayor gravedad, como el desdoblamiento, es decir, la separación de los propios estados psíquicos auténticos o su negación.

“Cuando el niño se acerca sensualmente a un adulto, es afecto, contención, “ternura” lo que busca. Cuando un adulto se acerca sensualmente a un niño, lo que busca es gratificación pasional. El niño llama al adulto con el “lenguaje corporal de la

ternura”, y aquel le contesta con el “lenguaje de la pasión” (citado por Sanz y Molina, 1999).

Finkelhor (1984, 1986, 1988) señala que la gravedad del abuso sexual y del impacto en la víctima (citado por Sanz y Molina, 1999) depende de:

- La cercanía del vínculo entre el niño y el perpetrador.
- El tipo de abuso (manoseos, sexo oral, penetración).
- La duración del mismo.
- El grado de coerción física empleada.
- La ausencia de cualquier figura alternativa protectora.

Finkelhor coincide con la conceptualización de la experiencia sexual como básicamente traumática, y propone un modelo psicosocial de entendimiento sobre los factores que la constituyen como tal, esto es, la interacción de cuatro dinámicas (citado por Sanz y Molina, 1999):

- Sexualización traumática.
- Traición.
- Estigmatización.
- Sentimientos de ineficacia.

La combinación de estos cuatro factores altera la orientación cognitiva y emocional que el niño/a tiene en el mundo, y distorsiona su concepto de sí mismo, sus capacidades afectivas y la visión del mundo que lo rodea. Así, por ejemplo, debido a la estigmatización, el niño tiene un sentido distorsionado de su valor como persona. El sentimiento crónico de ineficacia distorsiona el sentido que el niño posee de sus posibilidades de controlar su propia existencia. En este contexto, los problemas psicológicos y conductuales que presenta una persona víctima de abuso no son más que los intentos de manejar la complejidad de la vida cotidiana a través de estas distorsiones.

Sexualización traumática.

Este aspecto se refiere al proceso por el cual la sexualidad infantil es forzada por caminos evolutivamente inapropiados, e interpersonalmente disfuncionales.

Los niños abusados son usualmente recompensados por sus conductas sexuales que son evolutivamente inapropiadas.

Por las recompensas y favores recibidos por su comportamiento sexual, los niños aprenden a usar la conducta sexual como una estrategia para manipular a los otros para conseguir la satisfacción de sus necesidades.

Por medio de la experiencia sexual, ciertas partes del cuerpo se vuelven sobreerotizadas.

Se desarrollan conceptos erróneos acerca de la sexualidad, y ello interfiere en el desarrollo de una moral sexual apropiada, como consecuencia de lo que los perpetradores le dicen o le hacen.

La sexualidad en su conjunto puede considerarse traumática, si persisten recuerdos displacenteros o temerosos asociados a la actividad sexual.

Traición.

La traición la siente el niño en referencia al perpetrador, tanto como al adulto no ofensor. El niño puede sentirse traicionado o engañado por un padre que inició el contacto sexual mediante el desarrollo de una relación protectora y afectiva en sus comienzos, tanto como por la actitud materna posterior al develamiento y su incapacidad para creerle y/o protegerlo.

Estigmatización.

La estigmatización proviene de los mensajes negativos que de sí mismo incorpora el niño, tanto durante como después de interrumpido el abuso. La presión del secreto guardado lo hace sentir diferente del resto de sus pares. Muchos niños pasan a convertirse en “demonios sexuales” en la valoración de los adultos de su entorno, una vez develado el secreto. El estigma acarreado por las víctimas las lleva a preguntarse

constantemente: “Por qué me paso a mí; si fui elegida, fue por algo”; asignándose de esta manera toda clase de malos atributos.

Sentimiento de ineficacia.

Este sentimiento es producido por la repetida frustración de la voluntad y los deseos propios en favor de los del adulto; la víctima sufre intensos sentimientos de aniquilación y fantasías de daño corporal. No debe haber experiencia de mayor vulnerabilidad que tener el espacio corporal continuamente invadido en contra de los propios deseos. Miedo, ansiedad, vulnerabilidad, sensación de estar atrapado son todas emociones congruentes con esta dinámica.

Mucha de la sintomatología asociada, tanto a corto como a largo plazo, puede explicarse por la acción de alguna de estas dinámicas. El impacto psicológico de la sexualización traumática puede verse en la confusión acerca de la propia identidad sexual, confusión acerca de las normas de la interacción sexual, aversión al contacto íntimo, confusión de “sexo” por afecto. Esto puede manifestarse en síntomas tales como: conducta sexual precoz, agresión sexual, conducta sexual compulsiva, promiscuidad, prostitución, disfunciones sexuales (*flash-backs*, anorgasmia).

El impacto psicológico de la estigmatización se manifiesta en sentimientos de culpa, vergüenza, baja autoestima, y las manifestaciones sintomáticas: aislamiento, abuso de drogas o alcohol, automutilación, intentos de suicidio. En la dinámica de traición, el impacto psicológico se manifiesta en depresión, extrema dependencia, desconfianza crónica, rabia, hostilidad. La sintomatología que la refleja es: vulnerabilidad a subsecuentes victimizaciones, propensión a formar parejas violentas que probablemente abusaran de sus hijas, problemas en la intimidad, conducta agresiva, delincuencia.

En el sentimiento de ineficacia, el impacto psicológico se manifiesta en: ansiedad, temores percepción de sí mismo como víctima, necesidad de control, identificación con el agresor, y las manifestaciones conductuales son: pesadillas, fobias, quejas somáticas, desordenes del sueño y de la alimentación, depresión, disociación, convertirse en abusador, conductas delictivas.

La interacción entre las distintas dinámicas opera antes, durante y después del contacto sexual. Se aplican tanto para el entendimiento del abuso per se, como para el momento del develamiento y de la situación posterior al mismo. Un niño puede no haberse sentido estigmatizado durante el abuso y comenzar a sentirlo masivamente, frente a la reacción de sus familiares y amigos, en época posterior al develamiento. De la misma manera, la ausencia del sentido de control de sí mismo puede comenzar por efecto de la intervención judicial, las sucesivas declaraciones, el sometimiento a evaluaciones, y la separación de su casa y de su familia en contra de su voluntad.

Por último, es necesario destacar que el abuso sexual prolongado deja distorsiones duraderas en el patrón de relaciones interpersonales que la persona establecerá de ahí en más, siendo estas las de más difícil abordaje terapéutico y las más resistentes al cambio.

Consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales a corto, mediano y largo plazo.

Múltiples son las consecuencias para un niño/a el hecho de haber sido víctima de abuso sexual. Estas consecuencias pueden variar de un niño/a a otro/a, dependiendo de sus propias características. No obstante, en la tabla se expone un resumen de algunas de las principales citadas por Gamboa en 2010:

Tabla 5.

Consecuencias a corto plazo o en periodo inicial a la agresión

Consecuencias Emocionales	Consecuencias Cognitivas	Consecuencias Conductuales
Sentimientos de tristeza y desamparo	Baja en rendimiento escolar	Conductas agresivas.
Cambios bruscos de estado de ánimo	Dificultades de atención y concentración	Rechazo a figuras adultas.
Irritabilidad	Desmotivación por tareas escolares	Marginación.
Rebeldía	Desmotivación general	Hostilidad hacia el agresor.
Temores diversos		Temor al agresor.
Vergüenza y culpa		Embarazo precoz.
Ansiedad		Infecciones de transmisión sexual

Tabla 6

Consecuencias mediano plazo

Consecuencias Emocionales	Consecuencias Cognitivas	Consecuencias Conductuales
Depresión enmascarada o manifiesta	Cursar nuevamente el mismo año escolar	Fugas del hogar
Trastornos ansiosos	Trastornos de aprendizaje	Deserción escolar
Trastornos de sueño: terrores nocturnos, insomnio		Ingestión de drogas y alcohol
Trastornos alimenticios: anorexia, bulimia, obesidad		Inserción en actividades delictivas
Distorsión de desarrollo sexual		Interés excesivo por juegos sexuales
Temor a expresión sexual		Masturbación compulsiva
Intentos de suicidio o ideas suicidas		Embarazo precoz

Tabla 7

Consecuencias a largo plazo

Consecuencias Emocionales	Consecuencias Cognitivas	Consecuencias Conductuales
Disfunciones sexuales	Fracaso escolar	Sexo servicio
Baja autoestima y pobre auto concepto		Alcoholismo
Estigmatización: sentirse diferente a los demás		Drogadicción
Depresión		Delincuencia
Trastornos emocionales diversos		Inadaptación social
		Relaciones. familiares conflictivas

De acuerdo con Browne y Finkelhor, 1986; “las primeras investigaciones sobre el impacto de abuso consistían, principalmente, en estudios retrospectivos de adultos abusados en su infancia, y muy pocos centralizaban el estudio en población infantil. A partir del 1985, comienza a producirse una explosión de investigaciones centradas en los niños, focalizando el impacto en las distintas etapas evolutivas. David Finkelhor, Kathleen Kendall Tacket y Linda Meyer Williams (1993) realizaron una revisión de los resultados de las investigaciones más importantes desde 1985 hasta 1993. Estas fueron sus conclusiones: los estudios que particularizan los efectos de acuerdo con el periodo evolutivo son los que arrojan resultados más claros. De éstos se puede concluir que, para el grupo de niños preescolares, los síntomas más comunes son: ansiedad generalizada, pesadillas, manifestaciones asociadas al “síndrome de estrés postraumático”, conducta retraída, depresión, temor, inhibición, conducta sobrecontrolada (internalización del conflicto), agresión, conducta antisocial, desbordes impulsivos y conducta sexual inapropiada (externalización del conflicto). En niños escolares: pesadillas, temores, quejas somáticas, agresión, hiperactividad, pobre

rendimiento escolar, conductas regresivas (enuresis, encopresis). En los adolescentes: depresión, conducta retraída y aislada, ideación suicida, conductas autoagresivas, quejas somáticas, actos antisociales, fugas, alcoholismo, drogadicción. Los síntomas más comúnmente encontrados a través de todos los grupos etarios son: pesadillas, temores, depresión, conducta retraída, agresión, conductas regresivas, quejas somáticas. La depresión en particular es un síntoma que se ha encontrado en los distintos periodos evolutivos y se encuentra muy presente en la sintomatología de los adultos víctimas de abuso en la infancia. Problemas en la escolaridad también atraviesan todos los grupos de edad, y se encuentran presentes en las dificultades laborales que padecen muchas de las víctimas adultas. La preocupación sexual obsesiva se manifiesta mayoritariamente en los niños más pequeños, hasta los seis años: luego vuelve a aparecer en la adolescencia, y se presenta como promiscuidad, prostitución, conducta victimizadora, y disfunciones sexuales en la adultez. Otro importante hallazgo fue el porcentaje de niños que no presentan síntomas. Algunos autores han encontrado hasta un 30% de niños víctimas que no presentan síntomas al momento de la consulta (Mannarino y Cohen, 1986). Mientras que otros estudios, por ejemplo el de Caffaro, Rouget, Lang y Van Santen (1989), estiman en más de un 40% el porcentaje de víctimas sin sintomatología. Una posible explicación que dan Finkelhor y sus colaboradores es que estos niños sin síntomas en el momento de la intervención son asintomáticos temporariamente, con una alta probabilidad de desarrollar síntomas más adelante, en el proceso, ya que los efectos traumáticos del abuso se van dando en distintos momentos. Algunos estudios apoyan la explicación de Finkelhor, ya que, según Gomes, Schwartz, Horowitz, Cardarelli, y Sauzier (1990), un grupo de niños asintomáticos, seguidos durante 18 meses, empeoraron con respecto a la primera evolución; un 30% de ellos había desarrollado manifestaciones sintomáticas. Otra posible explicación de la ausencia de síntomas es que estos niños estén menos afectados por la experiencia o que representen a aquellos con mejor ajuste psicológico, social, familiar y de sostén para sobrellevar el abuso” (citados por Sanz y Molina, 1999).

El nivel de daño, resultado del abuso sexual, puede presentar diferentes grados de impacto debido a que está relacionado y a la vez mediado por las características de la agresión (citado por Canencia, 2001).

Tipo de agresión: El nivel de daño que implica una situación de abuso sexual en donde no hay contacto físico, como en el exhibicionismo, no es igual al que resulta de agresión sexual con contacto físico como las caricias o lo que puede implicar un abuso con diversos grados de penetración corporal. También hay que considerar el grado en el cual el menor siente que su cuerpo ha sido dañado por el suceso.

Frecuencia y tiempo del abuso sexual: El grado de impacto de un acontecimiento aislado no es igual a lo que implica el abuso sexual repetido, donde el menor es sometido en varias ocasiones a la agresión sexual, así como la cantidad de tiempo a lo largo del cual se ha abusado. Sin embargo, nunca debe considerarse que un abuso aislado carece de importancia.

Cuando el agresor es desconocido o es un conocido en quien el menor confía: La agresión realizada por un conocido confiable tiende a provocar un daño más perdurable que la agresión de un desconocido, debido a las necesidades que esta relación satisface en la vida del niño/a y el significado que tendrá para el menor perderla.

Los menores que viven en familias con un ambiente emocional muy empobrecido pueden asociar el encuentro sexual como una fuente importante de afecto o atención y percibir al agresor como su único amigo. De este modo, el menor se encuentra en un dilema en el cual teme perder la relación con el adulto agresor y puede llegar a creer que es responsable de que el adulto pueda ser castigado o puesto en prisión si se descubre el abuso”.

La respuesta de los adultos ante el abuso sexual: La manera en que los padres, maestros, vecinos, amigos y demás adultos responden al sospechar o enterarse del abuso sexual tiene un efecto significativo en la recuperación del niño/a.

El grado de impacto que siente el niño/a por dar a conocer la agresión sexual será más profundo cuando los adultos responden negativamente, guiados por la

vergüenza o el temor a reconocer el abuso, o cuando prefieren pasar por alto el abuso sexual.

El grado de confianza, apoyo, comprensión y protección que reciba el menor al dar a conocer el abuso, tiene un efecto tranquilizador y disminuye el nivel de daño emocional lo cual contribuye a la superación del trauma.

Propósito

Las características similares que comparten los tipos de maltrato infantil son complejas y pueden estar relacionadas a las diferentes formas de cómo se llevó a cabo dicho maltrato. Conocer cada uno de ellos nos brinda información estratégica para la toma de decisiones y la prevención de dichos maltratos ante las dependencias de gobierno correspondientes. Por lo tanto, el objetivo fue describir las características clínico-psicológicas que presentan los pacientes con sospecha de abuso sexual que son atendidos en el hospital Infantil de México Federico Gómez. Con este propósito se analizó la información obtenida a través de un cuestionario con el cual se obtuvo en qué etapa de la niñez se lleva a cabo con más frecuencia el abuso sexual infantil, en qué tipo de familia y cuáles son las conductas más frecuentes en los niños.

Como parte del análisis se clasifiqué la información obtenida a través de los cuestionarios para analizar las frecuencias de las conductas variables relevantes del abuso sexual infantil.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes pediátricos con sospecha de abuso sexual infantil?

Método

Participantes

Este estudio se llevó a cabo con los familiares de los pacientes entre ellos la mamá, las tías y/o abuelas de 30 niños (as) que acudían con ellos a la Clínica de Prevención del Maltrato Infantil del Hospital Infantil de México Federico Gómez y que fueron diagnosticados por el grupo multidisciplinario de la institución con sospecha de Abuso sexual; la mayor parte de ellos se investigó que eran de nivel socioeconómico bajo (nivel 1) y de familias extensas.

A dichos familiares de los pacientes atendidos en consulta externa en el HIM fueron entrevistados durante el periodo diciembre 2011 a abril 2012.

...

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Niños y niñas con diagnóstico de sospecha de Abuso Sexual de 0 años a 18 años.
- Pacientes de consulta externa medicamente estables.

Criterios de exclusión.

- Familias de pacientes que no hayan cumplido con los criterios del grupo de la CLIPMI (Clínica de Prevención del Maltrato Infantil) para integrar el diagnóstico de sospecha de abuso sexual.
- Pacientes y sus padres con diagnóstico clínico de retraso mental.

Instrumentos

Se elaboró una encuesta *ex profeso* (*serie de preguntas realizadas para lograr algo en específico*) en la cual se presentan las variables de conducta, emocional, físico y social que son reportadas por los tutores de las niñas y niños que tienen sospecha de abuso sexual, para ello se hizo referencia a las conductas observadas y reportadas con mayor frecuencia en la literatura expuesta anteriormente. Se solicitó a la cuidadora o cuidador del paciente con sospecha de abuso sexual su autorización verbal para ingresar al estudio; se le pidió que respondiera la encuesta, pensando en dos momentos diferentes: antes de que supieran sobre el probable abuso sexual y después de que supieran del probable abuso sexual y la forma de contestar en cada momento fue: nunca, una vez a la semana, 2 o 3 veces a la semana, casi todos los días y todos los días. Se incluyó la evaluación de los dos momentos de respuesta en la misma hoja para facilitar la lectura por parte del cuidador o cuidadora.

Una vez aplicados los cuestionarios la forma de respuesta fue codificada utilizando números (1 al 5) para realizar el vaciado de datos en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS V.19).

Procedimiento

Se incluyeron a todos los pacientes que contaron con el diagnóstico de sospecha de abuso sexual y que fueron atendidos en la Clínica de Prevención del Maltrato Infantil del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se les realizó la encuesta a los padres o cuidadores del paciente en la consulta externa. Se les explicó el motivo el cual era obtener una atención oportuna del paciente con sospecha de abuso sexual para poder intervenir a tiempo, solicitándoles su participación voluntaria.

Una vez obtenidos los resultados, se codificaron los datos para su análisis estadístico en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS V.19).

Análisis Estadístico

Se calculó la distribución de los datos a través de las pruebas de normalidad (Kolmogorov - Smirnov), se obtuvo que se calcularan frecuencias, porcentajes, mediana y valores mínimo y máximo.

Para el cuestionario se calculó la media de la calificación total de las dos aplicaciones (antes-después de la sospecha de abuso sexual).

Para conocer la correlación de los datos se obtuvo el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

Se presentan las características sociodemográficas (el sexo, la edad, el tipo de familia y el grado escolar) de la muestra. Después, se presenta la información del cuestionario para identificar las principales conductas del paciente pediátrico con sospecha de abuso sexual.

a. Características sociodemográficas

Edad

Se obtuvo un valor de mediana de 10 años 3 meses con un valor mínimo de un año 8 meses y edad máximo de 18 años.

Al agrupar la edad de los pacientes por etapa de desarrollo se obtuvo lo siguiente:

Tabla 8

Frecuencias (f) y porcentajes (%) de la edad agrupada por etapa de desarrollo de 30 niñas y niños con sospecha de abuso sexual

	F	%
0 a 5 años	6	20
6 a 12 años	12	40
13 a 18 años	12	40
Total	30	100

El 80% de los pacientes tenían entre 6 a 18 años.

Sexo

Tabla 9

Frecuencias (f) y porcentajes (%) del sexo de 30 niñas y niños con sospecha de abuso sexual

	F	%
Femenino	19	63.3
Masculino	11	36.7
Total	30	100

El 63.3% de las pacientes fueron de sexo femenino.

Tiempo de diagnóstico

El tiempo de diagnóstico obtuvo un valor de mediana de 2 años con un tiempo mínimo de un mes y máximo de 8 años.

Escolaridad de los pacientes

Predominan más los pacientes con la escolaridad de primaria incompleta con un 43.3%, dado que los pacientes se encuentran aun cursándola. Un 23.3% se reportan sin escolaridad debido al registro de casos en edad menor de 6 años.

Tabla 10

Frecuencias (f) y porcentajes (%) de la escolaridad de 30 niñas y niños con sospecha de abuso sexual

	f	%
Sin escolaridad	7	23.3
Primaria incompleta	13	43.3
Secundaria completa	3	10.0
Secundaria incompleta	5	16.7
Preparatoria incompleta	2	6.7
Total	30	100

Tipo de familia

El 40% de las familias es tipo extenso. El número de habitantes por familia va de 4 a 12 personas, integradas por padres, hijos, hermanos (as), tíos y abuelos. En el caso de las familias de tipo nuclear (33.3%) se integraban por 5 personas los cuales son mamá, papá e hijos.

Tabla 11

Frecuencias (f) y porcentajes (%) del tipo de familia de 30 niñas y niños con sospecha de abuso sexual

	f	%
Nuclear	10	33.3
Extensa	12	40.0
Uniparental	7	23.3
Reconstruida	1	3.3
Total	30	100

Nivel Socioeconómico

En cuanto al nivel socioeconómico podemos observar que el nivel I incluye el 40% de los casos, este nivel es el más bajo económicamente.

Tabla 12

Frecuencias (f) y porcentajes (%) del nivel socioeconómico de 30 niñas y niños con sospecha de abuso sexual

	F	%
0	2	6.7
I	12	40.0
II	7	23.3
III	8	26.7
VI	1	3.3
Total	30	100.0

Agresor

Se denominó agresor a la persona quien se sospechó o se reveló que llevó a cabo el abuso sexual hacia la niña o niño.

Tabla 13

Frecuencias (f) y porcentajes (%) de los datos quienes conocieron al agresor de 30 niñas y niños con sospecha de abuso sexual

	F	%
Si	23	76.7
No	7	23.3
Total	30	100

La familia sí conocía al agresor en un 76.7% de los casos, ver siguiente tabla para conocer quiénes fueron:

Tabla 14

Frecuencias (f) y porcentajes (%) de la relación con el agresor de 30 niñas y niños con sospecha de abuso sexual

Agresor:	f	%
Papá biológico	3	13
Mamá biológica	1	4
Padraastro	1	4
Hermanos*	3	13
Abuelos	2	9
Tío materno/paterno	4	18
Primo materno	3	13
Amigos del paciente	3	13
Amigos de los padres	3	13
Total	23	100

* Hermanos biológicos o medios hermanos.

En primer lugar con un 18% se encuentra el tío materno, seguidos con un 13% el padre biológico, hermanos biológicos/medios hermanos, primo materno, primo paterno, amigos del paciente, amigos de los padres del paciente; posteriormente con un 9% los abuelos y con un 4% la mamá biológica y el padraastro.

b. Conductas destacadas en el paciente pediátrico con sospecha de abuso sexual.

En la siguiente tabla se presentan las frecuencias de las conductas y sentimientos reportados (antes y después del probable abuso sexual) por los padres y/o cuidadores que nos refirieron se presentaban en 30 niñas y niños.

Tabla 15

Porcentajes de las conductas que muestra el niño/a ante la sospecha de abuso sexual antes y después de su ocurrencia

Conducta del niño/a	Nunca		Una vez a la semana		2 o 3 veces a la semana		Casi todos los días		Todos los días	
	Abuso sexual		Abuso sexual		Abuso sexual		Abuso sexual		Abuso sexual	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
1. Pasa periodos de tiempo mayores a 20 min. solo/a	73.3	50.0	10.0	3.3	3.0	26.7	3.3	13.3	3.3	6.7
2. han reportado de la escuela que nos indican que prefiere estar solo que con sus amigos	96.7	70.0	3.3	3.3	0.0	3.3	0.0	16.7	0.0	6.7
3. Es agresivo verbalmente con los demás (burlarse de la gente o gritarle sin razón aparente)	83.3	33.3	3.3	13.3	6.7	13.3	3.3	26.7	3.3	13.3
4. Es agresivo físicamente con los demás (golpear, patear o morder sin razón aparente)	80.0	50.0	3.3	6.7	3.3	16.7	6.7	13.3	6.7	13.3
5. Ha obtenido reportes por conductas no adecuadas por parte de los profesores de su escuela	96.7	76.7	3.3	16.7	0.0	3.3	0.0	0.0	0.0	3.3
6. Ha perdido el interés por realizar sus tareas escolares	86.7	50.0	0.0	0.0	0.0	13.3	13.3	10.0	0.0	26.7
7. Ha bajado sus calificaciones	86.7	53.3	0.0	6.7	0.0	0.0	13.3	16.7	0.0	23.3
8. Es inquieto/a, no puede permanecer quieto/a en el mismo lugar (que moleste a la gente. que grite sin razón)	56.7	30.0	10.0	3.3	3.3	6.7	10.0	20.0	20.0	40.0

Tabla 15 (Continuación)

Conducta del niño/a	Nunca		Una vez a la semana		2 o 3 veces a la semana		Casi todos los días		Todos los días	
	Abuso sexual		Abuso sexual		Abuso sexual		Abuso sexual		Abuso sexual	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
9. Se come las uñas. rechina los dientes, muerde los lápices, etc.	73.3	26.6	0.0	13.3	6.7	16.7	6.7	16.7	13.3	26.7
10. Ya que hacía pipí en el baño, se ha llegado hacer en su ropa por la noche o en el día	89.7	56.6	6.7	26.7	3.3	13.3	0.0	0.0	0.0	3.3
11. Ya que hacía popo en el baño, se ha llegado hacer en su ropa	96.7	96.7	0.0	0.0	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0	3.3
12. Se autolesiona (cortarse con navajas, se muerde, se entierre objetos en cualquier parte del cuerpo)	93.3	63.3	3.3	20.0	3.3	10.0	0.0	3.3	0.0	3.3
13. Ha presentado sentimientos de culpa como autorreprocharse (decirse que es un tonto/a o creer que lo es)	96.7	29.7	3.3	20.0	0.0	30.0	0.0	6.7	0.0	13.3
14. Se toca o frota sus genitales durante 10 o 15 minutos, conductas seductoras; como tocar genitales ajenos o mostrar sus genitales	86.7	60.0	10.0	13.3	3.3	6.7	0.0	10.0	0.0	10.0

Tabla 15 (Continuación)

Conducta del niño/a	Nunca		Una vez a la semana		2 o 3 veces a la semana		Casi todos los días		Todos los días	
	Abuso sexual		Abuso sexual		Abuso sexual		Abuso sexual		Abuso sexual	
	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues	Antes	Despues
15. Evita tratar temas relacionados con la sexualidad o que no vayan de acuerdo a su edad	100.0	80.0	0.0	6.7	0.0	0.0	0.0	6.7	0.0	6.7
16. Lloro sin razón aparente	93.3	46.7	3.3	10.0	3.3	26.7	0.0	10.0	0.0	6.7
17. Pierde fácilmente el apetito	93.3	73.3	0.0	0.0	6.7	16.7	0.0	0.0	0.0	10.0
18. Come más de lo habitual	90.0	53.3	3.3	10.0	3.3	13.3	0.0	6.7	3.3	16.7
19. Presenta problemas en su sueño (despertar gritando, despertar llorando, pesadillas, problemas para conciliar el sueño)	80.0	23.3	13.3	20.0	6.7	33.3	0.0	6.7	0.0	16.7
20. Evita tener contacto físico con otras personas (familiares, amigos, gente conocida por él/ella)	100.0	66.7	0.0	6.7	0.0	10.0	0.0	10.0	0.0	6.7
21. Ha intentado quitarse la vida	100.0	80.0	0.0	16.7	0.0	3.3	0.0	0.0	0.0	0.0
22. Le comenta que siente que la gente se burla de él/ella	86.7	46.7	6.7	13.3	6.7	13.3	0.0	16.7	0.0	10.0
23. Tiene problemas para concentrarse	70.0	40.0	3.3	10.0	6.7	6.7	16.7	3.3	3.3	40.0
24. Cuando se acerca a un adulto, le gusta que le toquen o rosen sus genitales	96.7	86.7	3.3	3.3	0.0	3.3	0.0	6.7	0.0	0.0
25. Cuando se le acerca un adulto, se asusta que la toquen	96.7	43.4	3.3	13.3	0.0	23.3	0.0	6.7	0.0	13.3

Para considerar una conducta como ausente y significativa debe de reportarse con un porcentaje (%) mayor o igual al 80% (24 de 30 pacientes) en la primera parte descrita como antes de que se sospechara el abuso sexual (AS); mientras que a la inversa en la segunda parte se considera como una conducta presente y significativa que el 20% la reportara (6 de 30 pacientes).

Se puede observar que conductas como pasar tiempos mayores de 20 min. solos, preferir estar solos en la escuela, ser agresivo verbalmente (burlarse o gritar) con los demás, ser agresivo físicamente (golpear, patear o morder) sin razón, tener reportes por conductas no adecuadas en la escuela, perder el interés por la realización de las tareas escolares, obtener bajas calificaciones, hacerse pipi o popo en su ropa durante el día o la noche, autolesionarse (cortarse con navajas, se muerde, se entierre objetos en cualquier parte del cuerpo), presentar sentimientos de culpa como autorreprocharse (decirse que es un tonto/a o creer que lo es), tocar o frotar sus genitales o presentar conductas seductoras (tocar genitales ajenos o mostrar sus genitales), evitar tratar temas relacionados con la sexualidad, llorar sin razón, no tener apetito o comer más de lo habitual, presentar problemas de sueño (despertar gritando, despertar llorando, pesadillas, problemas para conciliar el sueño), evitar tener contacto físico con otras personas (familiares, amigos, gente conocida por él/ella), haber intentado quitarse la vida, comentar que la gente se burla de él o ella, cuando se acerca a un adulto, le gusta que le toquen o rosen sus genitales o cuando se le acerca un adulto, se asusta (miedo a que lo toquen); son conductas que los padres no han observado en sus hijos antes de que se sospechara del AS.

Mientras que las conductas de ser inquieto/a (no puede permanecer quieto/a en el mismo lugar, que moleste a la gente, que grite sin razón) se reporta con un porcentaje del 30% con una frecuencia de casi a todos los días; mientras que comerse las uñas, rechinar los dientes, muerde los lápices es reportada en un porcentaje del 30% con una frecuencia de casi a todos los días, y presentar problemas para concentrarse es reportada con un porcentaje del 20% con una frecuencia de casi a

todos los días. Es así que estas conductas son reportadas como presentes antes de que se sospechara del abuso sexual.

En la segunda parte del cuestionario las conductas que son reportadas como presentes son: pasar tiempos mayores de 20 min. solos, preferir estar solos en la escuela, ser agresivo verbalmente (burlarse o gritar) con los demás, ser agresivo físicamente (golpear, patear o morder) sin razón, perder el interés por la realización de las tareas escolares, obtener bajas calificaciones, presentar sentimientos de culpa como autorreprocharse (decirse que es un tonto/a o creer que lo es), tocar o frotar sus genitales o presentar conductas seductoras (tocar genitales ajenos o mostrar sus genitales), llorar sin razón, no tener apetito o comer más de lo habitual, presentar problemas de sueño (despertar gritando, despertar llorando, pesadillas, problemas para conciliar el sueño), evitar tener contacto físico con otras personas (familiares, amigos, gente conocida por él/ella), comentar que la gente se burla de él o ella, y se asusta (miedo a que lo toquen); son conductas que los padres no han observado en sus hijos antes de que se sospechara del AS; son reportadas con un porcentaje \geq al 20% y que en la primera parte del cuestionario no fueron reportadas como presentes.

El tener reportes por conductas no adecuadas en la escuela, hacerse pipi o popo en su ropa durante el día o la noche, autolesionarse (cortarse con navajas, se muerde, se entierre objetos en cualquier parte del cuerpo), evitar tratar temas relacionados con la sexualidad, haber intentado quitarse la vida, cuando se acerca a un adulto y que le guste que le toquen o rosen sus genitales o cuando se le acerca un adulto; son conductas que antes y después de la sospecha de abuso sexual son reportadas como ausentes.

Mientras que las conductas de ser inquieto/a (no puede permanecer quieto/a en el mismo lugar, que moleste a la gente, que grite sin razón) incremento de un 30% al 60% con una frecuencia de todos los días; mientras que comerse las uñas, rechinar los dientes, muerde los lápices aumenta de un 30% al 43.3% con una frecuencia de todos los días, y presentar problemas para concentrarse incrementa del 20% al 43.3% con

una frecuencia de todos los días. Es así que estas conductas son reportadas como presentes antes y después de que se sospechará del abuso sexual.

Discusión

Un elemento central del abuso sexual es la intención de gratificación sexual por parte del adulto o niño(a) más grande, cualquier acto de naturaleza sexual que lleva a cabo para su propia finalidad sexual, tomando al menor como un objeto.

Finkelhor (2005), menciona que las personas que abusan sexualmente de los niños son con mayor frecuencia amigos y familiares de sus víctimas; señala también que los adultos se sirven de su autoridad para aprovecharse de la relación de dependencia del niño tal como lo señala Paul y Arruabarrena (1996, citado por Moreno, 2002).

Los abusos sexuales frecuentemente se dan con un 40% en familias extensas donde el número de habitantes por familias va de 4 a 12 personas, integradas por padres, hijos, hermanos (as), tíos y abuelos. Regularmente viven así debido a la carencia económica, seguidas por las familias nucleares con un 33.3% que se integran por 5 personas (mamá, papá e hijos). Ambos tipos de familia tienen un bajo nivel socioeconómico. De aquí, la necesidad de que los padres brinden prioridad a cubrir las necesidades económicas (trabajo) y entonces disminuya el tiempo de atención hacia sus hijos. Ante esta situación, el infante pierde la confianza de denunciar lo ocurrido para no generar más preocupaciones. Puede quedarse incluso callado por pensar que su credibilidad es nula. Al respecto, Finkelhor y Krugman citados por Cantón J. 2000 sostienen que los abusos sexuales cometidos por un familiar son propiciados por el maltrato físico, la falta de alguien con quien confiar o por no haber ninguna mujer que cuidara al niño/a.

El principal síntoma que mostraron los pacientes es ansiedad. Se observó que el 40% de la población presenta una conducta inquieta; el 26.7% se come las uñas y muerde los lápices; el 16% tiene pesadillas o presenta problemas para conciliar el sueño; el 16.7% come más de lo habitual; sólo el 13.3% no muestra temor a que alguien se les acerque con miedo a ser tocados.

Otros síntomas que se presentaron fue la depresión. Cabe señalar que el 6.7% de la población presentó llanto sin razón aparente y el 13.3% la presencia de sentimientos de culpa. La agresividad verbal y física (que presenta el 13.3% de la

población) y el sentirse observados y sujeto de burla (éste último sentimiento, se presentó en el 10% de la población).

Todas estas conductas fueron reconocidas como propias del abuso sexual por parte de David Finkelhor, Kothleen Kendall Tacket y Linda Meyer Williams en 1993. Los autores, al reportar los resultados de una investigación que inició en 1895, nos permiten corroborar lo recién descrito.

La existencia de algunas de las conductas señaladas en este trabajo se puede mostrar de manera aislada. De aquí la importancia de valorarse de manera global. Sólo así, se intervendrá a tiempo ya que probablemente la víctima apenas comience a ser inducida al abuso sexual. Sin embargo, lo más significativo puede ser cuando presenten un cambio brusco con respecto alguna situación.

Un primer paso es evitar que se presente. Hay que reconocer que existe y que se produce en todos los niveles y clases sociales. Es necesario hablar sobre el tema a nivel familiar, con los hijos e hijas, tíos, primos, etcétera; tratar el asunto también entre vecinos y en la comunidad. El tema del maltrato y abuso infantil debe ser tan importante como los de la nutrición, educación, salud, seguridad.

Conclusiones

El abuso sexual depende del vínculo entre el niño (a) y sus padres ya que ahí parte el inicio de la confianza del niño(a) para poder decir las cosas a tiempo. En los casos presentados en la investigación los padres, al tener mayores obligaciones laborales debido a la falta económica en casa, dejan el cuidado de sus hijos a cargo de cualquier familiar, siendo uno de los principales agresores ya que tienen la libertad de estar todo el tiempo cerca de ellos esto lo utilizan los agresores como una ventaja para manipularlos y que ellos no sean delatados al menos en un tiempo mientras obtienen lo deseado.

Las personas que han sufrido de abuso sexual no saben negarse ante situaciones no deseadas o incómodas; en este sentido, debemos tener conciencia de que el abuso sexual en los niños deja secuelas que pueden llegar hasta la vida adulta, e incluso, nunca ser superadas. De las primeras consecuencias que se observaron en la investigación son los cambios de humor repentinos, problemas de sueño, pesadillas, hiperactividad, aislamiento, problemas para recibir cumplidos y muestras de afecto, fobias, y en general conductas autodestructivas; coincidiendo con lo que reportan David Finkelhor, Kathleen Kendall Tackett y Linda Meyer Williams en (1993) refiriendo que la mayoría de los niños y niñas presentan conductas como aislamiento, ansiedad, problemas de concentración, pérdida de la imagen, sentimientos de culpa, agresión verbal y física.

La atención profesional que se le pueda brindar al niño/a también resulta de suma importancia. No debemos olvidar que éste es un acontecimiento estresante que genera una molestia psicológica general.

El abuso sexual infantil es un fenómeno complejo dentro de la sociedad considerando que tiene varias causas. En este sentido podemos encontrar factores de socialización; en sus manifestaciones, procesos interpersonales y sistemáticos; mientras que en sus efectos; angustia interna y duradera y perturbaciones transgeneracionales. De aquí, la importancia de desarrollar programas encaminados a

prestar información a la familia para que ésta, pueda dotarse de una mejor protección. Lo anterior, sólo tendría resultados positivos en la medida en que la capacitación del personal médico y psicólogos sea mejor. Así, se desarrollaría una unión multidisciplinaria más amplia de protección a toda la comunidad profesional del Hospital Infantil de México Federico Gómez para poder brindar a su vez al padre o tutor del paciente pediátrico mejor información y técnicas para que puedan detectar a tiempo el abuso sexual cometido a alguno de los integrantes de su núcleo familiar.

Recomendaciones

El establecimiento de reglas y límites en la familia, ofrecen a los niños/as cierta estructura, permite que éstos puedan reconocer e incluso prevenir situaciones de riesgo. Las reglas como los límites enseñan a los niños/as a cuidarse, les dan elementos para poder evitar accidentes, proteger su salud, aprender a elegir entre alternativas y a tomar decisiones responsables de acuerdo a su edad.

Es importante que el menor reconozca la prevención del abuso sexual como un valor importante para su integridad personal que debe, sin duda, ser parte de un conjunto más amplio de éstos. Incluso, los niños/as deben tener conocimiento de que ante la falla de alguna medida o valor familiar, el adulto seguirá brindándole protección y ayuda.

Los niños/as con abuso sexual deben saber que no fue culpa de ellos aunque se haya perdido o desobedecido alguna regla familiar o alguna conducta que está prohibida dentro de la misma. Los niños necesitan saber que si alguna regla no funciona, aun queremos protegerlos y ayudarlos.

Los padres son los responsables de los hijos y son los que deben estar en alerta para evitar que pueda darse una situación de abuso. Una gran parte de las víctimas son abusadas por miembros de la propia familia y el riesgo proviene principalmente de las personas más cercanas como lo hemos mencionado muchas veces. Debe tratar de conocer a la persona con quien se queda e intentar que puedan ser observados a su vez por otras personas.

Se debe valorar con cuidado los problemas emocionales o del comportamiento de los niños/as tales como retraimiento o depresión, exceso de auto exigencia, rabia y rebeldía inexplicables, etc. Un comportamiento y lenguaje abiertamente sexual y diferente para la edad pueden ser también signos de alarma.

Una última recomendación está relacionada con la ayuda profesional que la familia debe buscar ante el probable o cumplido abuso sexual; se cree que muchas veces con dejar pasar el tiempo o no hablar del tema el niño/a se le pasara, siendo que no es así ya que sí deja secuelas importantes en cada uno de ellos/as. Sólo así se tendrá la oportunidad de que toda la familia participe en un proceso de recuperación que permita resolver la duda que genera la sospecha de abuso sexual, conseguir la terminación del abuso en la forma menos perjudicial para el menor y su familia, aliviar los sentimientos que el abuso sexual genera y facilitar elevar el autoestima del menor y la formación de vínculos con los demás, que sean de confianza y no de abusivos. Así también, se podrá resolver los conflictos emocionales del menor y de su familia, ayudándolos de esta forma a superar la crisis que resulta de reconocer el abuso sexual y afrontar la superación del problema. Las personas que han sido abusadas sexualmente, deben buscar ayuda sin importar el tiempo transcurrido y tener un mejor orden en cuanto a horarios en su vida cotidiana para que de esta forma puedan también compartir cosas con los niños/as recordando que es mejor la calidad que la cantidad.

Referencias

- Almonte C., Insunza C. y Ruiz C. (2002). *Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos*. Revista chilena de neuro-psiquiatria. Vol. 40(1), pp. 22-30.
- Azaola, E., (2005). *Violencia intrafamiliar y maltrato infantil*. Cuadernos para la Educación en Derechos Humanos Núm. 2. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, (pp. 7,8).
- Besten, B. (1997): *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona: Herder.
- Bringiotti M. y Raffo P. (2010). *Abuso sexual infanto-juvenil*. Revista derecho de familia (46). Ed. Abeledo Perrot. pp. 293-305.
- C. Redondo Figuero y M. R. Otero (2005). *El abuso sexual infantil*. Boletín sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, castilla y león. Vol. 45(191).
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Indicadores del abuso sexual en niños, niñas y adolescentes*. Programa de atención integral del adolescente FNUAP. BINASS: Biblioteca nacional de salud y seguridad social. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/abusosexual.htm>
- Canencia, T. (2001). *Como prevenir el abuso sexual*. México, (1ra ed).
- Cantón, J. y Cortez, M. (2000). *Características de las experiencias de abuso sexual*. Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. Madrid: (2ª. Ed.) Psicología Pirámide, (pp. 21).
- Cantón D. y Arboleda J. (2000). *Guía para la evaluación del abuso sexual*. Ed. Pirámide. Madrid.
- De Paul, J. y Arruabarrena, M. I. (1996): *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson.
- Finkelhor, D. (2005). *Abuso sexual al menor*. México: Editorial Pax México.
- Gamboa, E. (2010). *Abuso sexual infantil, prevención, detección y canalización*. México: SEP. Programa de capacitación al magisterio para prevenir la violencia hacia las mujeres PREVIOLEM.
- German, Nee E., Habenicht, Donna (1990): *Psychological Prolife of the Adolescent Incest Victim*. Journal of Child Abuse and Neglect, vol.14.

- Giarretto, H. (1982): *Integrated Treatment of Child Sexual Abuse*, Palo Alto, Science & Behavior Books.
- Lanyon, Ri. (19986). *Theory and treatment in child molestation*. Consulte a J Clin Psychol. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3700804>
- Loredo, A., Trejo, J. y Bustos. V. (1999). *Maltrato al menor*. Consideraciones clínicas sobre maltrato físico, agresión sexual y deprivación emocional. FUPAVI Fundación en pantalla contra la violencia infantil. [en línea] Vol. 135(6); pp. 615. Disponible en: www.fundacionenpantalla.org
- Martínez, A. y De Paul, J. (1993): *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moreno, J. (2002). *Maltrato Infantil*. Madrid: Editorial EOS, (pp.41-44).
- Perrone, R. y Martine N. (2006). *Violencia y abusos sexuales en la familia: un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos aires: Paidós.
- Ramos, L., Saltijeral, M. y Martínez N. (2001). *Violencia sexual problemas asociados en una muestra de usuarios de un centro de salud*. Salud Pública de México. Vol.43 (3).
- Salter, Ana (1995): *Transforming Trauma*, Sage Publications.
- Sanz, D. y Molina, A. (1999). *Violencia y abuso en la familia*. Argentina: Lumen Hymanitas.

ANEXO 1

HOSPITAL INFANTIL *de* MÉXICO

FEDERICO GÓMEZ

Instituto Nacional de Salud

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON ABUSO SEXUAL ATENDIDO EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

- DATOS DE IDENTIFICACIÓN-PACIENTE**

Nombre: _____ Fecha: / /201 Edad: _____ años-
meses Registro: _____

No. paciente: _____

- DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

1. Primera infancia 0-6 **(1)** Segunda infancia 6-12 **(2)** Tercera infancia 12-18 **(3)** _____

2. Sexo:

Fem **(1)** Masc **(2)** _____

3. Tiempo de diagnóstico:

_____ meses.

4. Escolaridad:

Primaria completa **(1)** Primaria incompleta **(2)** Secundaria completa **(3)**
Secundaria incompleta **(4)** Preparatoria completa **(5)** Preparatoria incompleta **(6)**
Universidad **(7)** Sin datos **(8)** _____

5. Tipo de familia

Nuclear **(1)** Extensa **(2)** Uniparental **(3)** Reconstituida **(4)** _____

- INFORMACIÓN SOBRE EL ABUSO SEXUAL**

Las siguientes preguntas tienen el objetivo de conocer los sentimientos y conductas de su hijo/a antes y después de que sufrió el abuso sexual, recordando que no existen respuestas ni buenas ni malas y sus respuestas serán totalmente confidenciales y anónimas.

Le voy a leer cada una de las preguntas y usted me podrá responder de acuerdo a la siguiente tabla:

El encuestador deberá escribir el número que corresponde a la respuesta que dé el familiar.

1. Nunca.
2. 1 vez a la semana.
3. 2 o 3 veces a la semana.
4. Casi todos los días.
5. Todos los días.

Preguntas:	Antes A.S.	Después A.S.
1. ¿Su hijo/a pasa periodos de tiempo mayores a 20min. solo/a?.		
2. ¿Le han reportado de la escuela que su hijo/a prefiere estar solo que con sus amigos?		
3. ¿Su hijo/a es agresivo verbalmente con los demás, como burlarse de la gente o gritarle sin razón aparente?		
4. ¿Su hijo/a es agresivo físicamente con los demás, como golpear, patear o morder sin razón aparente?		
5. ¿Su hijo/a ha obtenido reportes por conductas no adecuadas por parte de los profesores de su escuela?		
6. ¿Su hijo/a ha perdido el interés por realizar sus tareas escolares?		
7. ¿Su hijo/a ha bajado sus calificaciones?		
8. ¿Su hijo/a es inquieto/a, es decir, que no puede permanecer quieto/a en el mismo lugar, que moleste a la gente, que grite sin razón?		
9. ¿Su hijo/a se come las uñas, rechina los dientes, muerde los lápices, etc. (ansiedad)?		
10. ¿Su hijo/a ya que hacia pipi en el baño, se ha llegado hacer en su ropa por la noche o en el día?		
11. ¿Su hijo/a ya que hacia popo en el baño, se ha llegado hacer en su ropa?		

12. ¿Su hijo/a se autolesiona (cortarse con navajas, se muerde, se entierre objetos en cualquier parte del cuerpo)?		
13. ¿Su hijo/a ha presentado sentimientos de culpa como autorreprocharse, decirse que es un tonto/a o creer que lo es?		
14. ¿Su hijo/a se toca o frota sus genitales durante 10 o 15 minutos, conductas seductoras; como tocar genitales ajenos o mostrar sus genitales?		
15. ¿Su hijo/a evita tratar temas relacionados con la sexualidad o que no vayan de acuerdo a su edad?		
16. ¿Su hijo/a llora sin razón aparente?		
17. ¿Su hijo/a pierde fácilmente el apetito?		
18. ¿Su hijo/a come más de lo habitual?		
19. ¿Su hijo/a presenta problemas en su sueño (despertar gritando, despertar llorando, pesadillas, problemas para conciliar el sueño)?		
20. ¿Su hijo/a evita tener contacto físico con otras personas (familiares, amigos, gente conocida por él/ella)?		
21. ¿Su hijo/a ha intentado quitarse la vida?		
22. ¿ Su hijo/a le comenta que siente que la gente se burla de él/ella?		
23. ¿Su hijo/a tiene problemas para concentrarse?		
24. ¿Su hijo/a cuando se acerca a un adulto, le gusta que le toquen o rosen sus genitales?		
25. ¿Su hijo/a cuando se le acerca un adulto, se asusta que la toquen?		

- INFORMACIÓN SOBRE EL AGRESOR**

¿Conoce Usted al agresor? Si ____ No ____ sospecha de nadie ____

¿Es alguien de la familia? Si ____ No ____ Parentesco _____ Desconocido _____