

Capítulo 32

Abuso sexual en la niñez y adolescencia

KARLA ÁLVAREZ

Hablar de abuso sexual infantil todavía constituye un tema difícil. La temática de la sexualidad aún es un tabú y existen una serie de creencias que minimizan, justifican y normalizan tales actos (tanto para quien ejerce el abuso, como para quien lo padece y para quien es testigo de ello).

Esta dificultad ha incidido en la demora en generar estrategias de detección o intervención oportuna para todas las personas involucradas en la situación. Es necesario educar al respecto y, quien intervenga en esta temática, debe revisar sus propias creencias acerca de la infancia, la sexualidad, el derecho del adulto respecto al niño, el poder, la obediencia ciega de niños a adultos, etc., para poder ser un agente solidario, un "tercero" (Barudy) o un "testigo presente-activo" (Ravazzola).

La participación de los "terceros" es central para desrigidizar las creencias que avalan los abusos y permitir nuevos comportamientos no abusivos. Si el tercero, sea familiar, educador, médico de atención primaria o especialista, juez/a, vecino, etc. reconoce la posibilidad del abuso, sus indicadores, y utiliza adecuadamente su papel, permitirá cortar un círculo de interacción abusiva; no así aquel "testigo" que minimiza los actos, que mitifica rígidamente creencias acerca de la patología del abusador, por ej., alude a la privacidad de la vida familiar o responsabiliza al niño/a de lo sucedido.

El abuso sexual infantil es una de las formas de maltrato infantil descritas en otro capítulo. Sin embargo, independientemente de la gravedad de las lesiones, siempre se considera un delito, a diferencia de los demás maltratos hacia niños (donde sólo son delito las lesiones menos graves, graves y gravísimas, siendo faltas las lesiones levísimas y le-

ves). El abuso o violencia sexual dirigida a mujeres adultas, convivientes o cónyuges no será tratado en este capítulo.

Definición

Hay varias definiciones, las cuales ponen de relieve diversos aspectos del abuso sexual; distintos autores coinciden en destacar los siguientes puntos: asimetría de edad entre víctima y quien agrede, acciones de tipo sexual realizadas por el adulto, incapacidad de discernimiento o ausencia de consentimiento por parte del niño/a, invasión a la privacidad de un niño/a que se produce desde una posición de poder.

- En publicación oficial (orientaciones teóricas) del Ministerio de Salud (1998) se define el abuso sexual como "toda participación de un niño o adolescente en actividades sexuales que no está en condiciones de comprender que son inapropiadas para su edad y para su desarrollo psicosexual, forzada, con violencia o seducción o que transgrede los tabúes sociales".
- López (1995) describe términos claves en la definición de abuso sexual infantil: coerción y/o asimetría de edad. Destacando las agresiones sexuales que cometen adolescentes (casi el 50% de quienes abusan sexualmente inician los abusos antes de los 16 años).
- En este capítulo, se define abuso sexual infantil como aquel delito, que ocurre en un proceso que va desde la seducción a la interacción de contenido sexual y la instalación del secreto, motivado consciente o inconscientemente por el adulto o adolescente, que usa su poder y/o autoridad, y/o abusa de su confianza para involucrar al niño/a en actividades sexuales. Para lograr este objetivo, el agresor puede utilizar diversos trucos y manipulaciones, como regalos, amenazas, engaños o directamente usar la fuerza física para conseguir la participación sexual del niño/a. (Definición de Talleres de Conductas de Autoprotección-Centro de Atención y Prevención en VIF, I.Municipalidad de Santiago, 1995). Quien agrede sexualmente es generalmente un hombre conocido de la víctima que inicia juegos de seducción y privilegio que resultan confusos, ambivalentes y que generan sentimientos de culpa para el niño/a.

El abuso sexual infantil puede darse sin contacto físico; mediante la exhibición de partes privadas, masturbación en público, voyerismo, exposición de películas pornográficas o fotografía y filmación indecorosa de la víctima, entre otros. Y/o con contacto físico; ya sea, sin penetración (caricias sexuales, contacto genital, etc.) o con penetración vaginal, bucal y/o anal (Ley 19.617).

Tipos de abuso sexual para la legislación chilena

La legislación chilena (Ley 19.617 del año 1999) define todo abuso sexual como delito. Tipifica *violación* como el acceso carnal (penetración) por vía vaginal, anal o bucal a una persona que no ha prestado su consentimiento para la ejecución del acto, o que no esté en condiciones de prestarlo, como la menor de 12 años y la demente. *Estupro* como la penetración vaginal, anal o bucal a una persona menor de 18 años pero mayor de 12 años de edad, que presta su consentimiento engañada por quien abusa. *Sodomía* como acceso carnal a un menor de edad masculino por parte de un abusador hombre, con o sin consentimiento de la víctima. *Abuso sexual* (ex abuso deshonesto) incluye conductas sancionables como hacer ver, escuchar o producir pornografía con menores de 12 años, hacer presenciar a un menor actos de connotación sexual, inducir a menor de 12 años a realizar actos delante del abusador u otro.

Epidemiología

Diversas razones sustentan lo difícil de cuantificar el problema del abuso sexual. El silenciamiento de las propias víctimas es uno de los motivos más importantes. Por otra parte están los mecanismos de negación de la familia y de los propios equipos que conocen de estos casos, quienes frente al horror del abuso desestiman lo ocurrido, también las escasas evidencias físicas, en la mayoría de los casos, no más del 30% de los casos presentan examen físico confirmatorio (Goldberg y Kuitca, 1994).

De los niños ingresados entre abril de 1994 y abril de 1995 a la Unidad de Sexología Forense del Servicio Médico Legal en el 10,34% de los casos se basó el diagnóstico en el compromiso psicológico secundario al abuso y presencia de lesiones físicas, en tanto sólo en un 1,15% se basó exclusivamente en lesiones físicas, siendo en un 65,51% de los

casos el fundamento exclusivo del diagnóstico, el compromiso psicológico secundario al abuso, sin evidencias físicas.

A través de la prevalencia, registro retrospectivo de experiencias de abuso en la infancia, se conoce la dimensión del problema. Finkelhor (1994) realiza un análisis de las 19 investigaciones mejor planteadas de Estados Unidos, Canadá e Inglaterra y concluye que aproximadamente el 20% de las mujeres y el 10% de los hombres dicen haber sido abusados sexualmente en la niñez. Otros autores señalan que el 25% de los niños y 33% de las niñas tienen algún tipo de experiencia sexual con adultos. En Chile, la relación de niños/niñas abusados sexualmente es de 1/4. El documento de trabajo del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) señala, en el país, veinte mil abusos sexuales por año. Se considera que alrededor de un 10% de niños sufren abuso sexual. Florenzano *et al* (1992) en colegios santiaguinos, encuesta a 1.904 adolescentes (10 a 19 años), encontrando un 8,25% de prevalencia de abuso sexual. En tanto, Gray *et al*, 1995 (Fernández, 1997), de 378 adolescentes entre 14 a 19 años, de sectores populares de Santiago de Chile, encuentra que un 11,1% sufrió algún episodio de abuso sexual.

Características del abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil asume las características de un proceso, que se prolonga durante años. Desde que se inicia, va aumentando la frecuencia y complejidad de las conductas abusivas del agresor. Un 70% de los abusos se prolongan por más de un año (Finkelhor, 1984). En un 44,2% el abuso sexual se repite entre 1 a 25 veces (O'Donohue y Geer; 1992; en López, 1995) lo que magnifica sus efectos. Cifras chilenas dan cuenta de que esta frecuencia y repetición del abuso sexual se da en niñas entre 6 a 8 años de edad, con predominio de una frecuencia semanal (Depto. Ginecología Forense Servicio Médico Legal; Agosto '88 a Marzo '89).

El abuso sexual infantil puede darse principalmente en el ámbito intrafamiliar o de conocidos, como también en el ámbito extrafamiliar; sea en uno u otro existe la diferencia en cuanto a indicadores, develamiento, secuelas e impacto en el niño/a y familia. En la medida que la distancia entre quien abusa y la víctima es mínima, es decir, cuando la relación es de cercanía afectiva y dependencia, la víctima presenta mayor confusión ("quien me ama, me daña"), sentimientos de

ambivalencia y culpa, llegando incluso a responsabilizarse de los hechos, a justificar al agresor o a negar la identidad de éste a modo de preservar una imagen interna buena y disociar la mala. Una niña de 4 años hablaba del "bandido" cuando se refería al agresor y al nombre de pila (del agresor) cuando se refería al padre (agresor), como si hablara de dos personas distintas, que sin embargo eran una misma: el padre-agresor, que para su mente pequeña no podía mantener integrado, denotando intensos mecanismos defensivos de disociación.

Respecto al inicio del abuso, éste puede comenzar a cualquier edad, desde lactante hasta los 13 años o más (pubertad). La edad de mayor riesgo está comprendida en el rango de 5 y 12 años.

Fases del proceso

Sedución. Quien abusa intenta mostrar la actividad sexual frente al niño/a como algo divertido y deseado, dentro de los marcos de referencia acostumbrados. Quien abusa manipula la dependencia y confianza del niño/a, siendo éste el mayor daño que finalmente le produce al menor.

Interacción sexual abusiva. De gradual y progresivo contenido erótico. El coito propiamente tal, si se produce, es en un momento avanzado de la interacción sexual abusiva. Cabe señalar que en niños pequeños, quien abusa inicia las interacciones abusivas dentro de la cotidianidad del niño/a, por ejemplo en el baño. Allí introduce sus dedos en los genitales o ano, mientras asea al niño/a, actitud que antes de los 3 años de edad no puede ser cuestionada por la víctima, ya que lo considera como algo normal, propio del esquema global de baño, donde no registra los eventos discrepantes (en términos de desarrollo cognitivo).

Secreto. Paralelamente a las progresivas interacciones abusivas, quien abusa instala esta fase del proceso. La mayoría de los abusadores sabe perfectamente lo que está haciendo, por lo cual impone la ley del silencio a través de amenazas, mentiras, culpabilización y chantajes. Se responsabiliza a la víctima del bienestar de la familia y de sí misma, manteniendo el secreto, sintiéndose ella culpable y avergonzada. La niña/o no tiene otra alternativa que adaptarse a la situación, en tanto la madre y/o hermanos son testigos ausentes o cómplices.

Divulgación. En esta fase, la homeostasis familiar previa entra en crisis. Consiste en la apertura voluntaria o no del secreto del abuso sexual infantil. La forma en que se rompe la ley del silencio incide de modo importante en cómo intervenir el caso. Es así que se describen tres subtipos de divulgación:

Accidental. Por evidencia médica, a través del dibujo y/o conductas, generalmente ocurre en menores de 5 años.

Precipitada. A raíz de educación y prevención en abuso sexual, a través de talleres de conductas de autoprotección, respeto por el cuerpo y espacio personal, asertividad y derecho a decir "no". Se espera del universo prevenido, que un 25% de las víctimas develen situaciones abusivas (Soto, 1997). La divulgación precipitada o mediada por actividades preventivas permite que los niños/as no se sientan tan culpables de decir lo sucedido, ya que ellos no son directamente responsables de romper el secreto con el agresor.

Intencionada. Las niñas/os que intencionadamente refieren a otra persona su situación de abuso, presentan mayores sentimientos de culpa, miedo a represalias y otra sintomatología. Sea la divulgación parcial o completa, siempre requiere de trabajo terapéutico para la niña/o, ya que ella o él se responsabilizan del abuso y presentan significativamente más ansiedad, más hostilidad y disociación. Es central saber cómo se rompe la ley del silencio, si es por un tercero o por la propia víctima (Soto, 1997).

Represiva. Fase final, donde la familia busca recuperar su situación de equilibrio, previo al develamiento, es decir, tiende sistemáticamente a negar lo ya develado, desestimar las evidencias, descalificar a la víctima y a los agentes sociales que han intervenido hasta el momento, todo para restablecer el equilibrio previo.

Las fases 1, 2 y 3 implican un sistema familiar en equilibrio, en tanto las fases 4 y 5 plantean un momento de desestabilización de la familia y del sistema social. Se genera una crisis que, a diferencia de las prácticas comunes, no debe ser reducida. La posibilidad terapéutica de una familia abusiva comienza y se mantiene a través del desarrollo de una situación de crisis que impida a la familia reestructurarse alrededor

de la descalificación de la víctima o la minimización o negación de los hechos abusivos.

Cuando el abuso sexual es extrafamiliar, la distancia abusador-víctima es mayor y esta distancia afectiva permite, en algunos casos, salvaguardar aspectos del psiquismo de la víctima y concitar la unidad del sistema familiar.

Características de quien abusa sexualmente

La mayoría de los abusos sexuales infantiles son perpetrados por conocidos y/o familiares. Cifras del CAVAS en 1999 señalan que, en promedio de los últimos diez años, un 79,39% de los agresores sexuales son conocidos y/o familiares. Sólo un 15 a 25% son denunciados.

En el 90 a 99% de los casos el perpetrador es de sexo masculino, heterosexual, de cualquier raza, religión, nacionalidad, clase social y ocupación o profesión. No hay nada en su modo externo de conducta que lo distinga de otros hombres no agresores sexuales. En los casos de ASI extrafamiliar pueden elegir ocupaciones relacionadas con trato directo con niñas/os. Los abusadores intrafamiliares, a diferencia de otros delincuentes sexuales, son "hombres integrados en una unidad social estable, y sus delitos se inscriben en una cronología, un marco espacial y temático bien determinado" (Perrone y Nannini, 1997); generalmente agreden a más de una niña/o, pudiendo abusar simultáneamente a dos o más hermanas(os). En cuanto a su funcionamiento psicológico presentan déficit en la capacidad de establecer relaciones interpersonales satisfactorias, déficit en el control de impulsos, bajo nivel de autoestima, historia personal de maltrato y/o abandono, consumo de alcohol y drogas. Pese a las creencias y mitos respecto a psicopatología evidente en los agresores intrafamiliares, en la mayoría de los casos ellos han alcanzado completamente el desarrollo sexual, así como la capacidad de discernimiento, responsabilidad e introyección de la ley. Sus actos sexuales son conscientes, voluntarios (Perrone) con un juicio de realidad conservado (en mediciones con Test de Rorschach).

Perrone y Nannini (1997) distinguen dos categorías de abusadores sexuales: uno con una sexualidad reprimida pero selectiva y otro, con una sexualidad normal o intensa pero indiscriminada. En el primer caso, quien abusa es reservado, poco viril, replegado socialmente, púdico y

moralista. En la relación con su pareja aparece sumiso, inspira ternura y simpatía, lo que caracteriza también la relación con la niña/o o adolescente, como de abnegación y un funcionamiento al mismo nivel con el niño/a. En algunos casos presenta pedofilia, desviación sexual de elegir a un niño/a como objeto de satisfacción sexual. En el segundo caso, quien abusa ocupa una posición agresiva y violenta (física, psicológica y verbal), haciendo alarde de su fuerza y hostilidad. En los casos con psicopatología evidente, ésta es del tipo psicopático-egocéntrico. Expone sin pudor su sexualidad y la del niño/a-adolescente (filmación, fotografía, explotación sexual a los niños/as). Los tipos descritos anteriormente pueden corresponder a lo que Sgroi (1986) distingue entre abusador pedófilo regresivo y pedófilo obsesivo. El regresivo abusa en un contexto de crisis, con importantes montos de angustia, impotencia, como resultado del deterioro en sus relaciones afectivas y sexuales adultas, busca en la relación con el/la niña/o salvar una pseudoidentidad, abusando intrafamiliarmente. En tanto, el abusador pedófilo obsesivo presenta una compulsión crónica y repetitiva a satisfacer su sexualidad con menores, siendo éstos "objetos favoritos y casi exclusivos de su interés sexual", profundamente convencido de que sus gestos son positivos y necesarios para el desarrollo afectivo y sexual del niño/a (Barudy, 1998). En su mayoría abusan extrafamiliarmente y no presentan remordimiento ni vergüenza.

Como ya se señaló, las víctimas son principalmente niñas y adolescentes, abusadas más frecuentemente por alguien conocido y dentro de la propia casa. En tanto los niños, son abusados más frecuentemente por alguien desconocido o no familiar (entrenador, vecino, etc.) y se lleva a cabo en casa del agresor o en lugares recreativos.

En los casos reportados, en menos de 1/3 de ellos, el abusador utiliza la violencia física, siendo más común la violencia verbal (amenazas).

Factores de riesgo de abuso sexual

A continuación se señalan algunas de las variables de riesgo de las víctimas de abuso sexual:

- Mujer, entre 5 y 12 años de edad.
- Tener alguna discapacidad (retardo mental, invalidez o trastorno del desarrollo).

- Percepción de una vida familiar infeliz.
- Baja autoestima, inseguridad, timidez, poco asertividad, sumisión y desarrollo deficitario de patrones de reconocimiento y expresión de emociones.
- Abuso previo: en un 46% de los casos los abusos se repiten en la misma víctima.
- Vínculos afectivos debilitados por prematuridad o separación temprana, rechazo del nuevo conviviente, hospitalizaciones repetidas e institucionalización.
- Familias en situación de riesgo: interacción violenta o abusiva entre los miembros, atrapados en la rivalidad, con antecedentes transgeneracionales de violencia, expuestos a promiscuidad, aislamiento social, convivencias sucesivas, padres sustitutos, cambiantes y carencias afectivas y de cuidado por parte de los adultos.
- Cuidadores consumidores de alcohol y/o drogas. Falta de relaciones de apego con las figuras guardadoras, frecuentes cambios de domicilio.
- Factores situacionales, como alejamiento temporal de la madre del hogar por parto o enfermedad.
- Socialización rígida y autoritaria por parte de los adultos en términos de reducir los derechos y la capacidad de discernir y discrepar de los niños o adolescentes

Características de la madre

En relación a sus papeles, tiende a privilegiar su condición de esposa o mujer del agresor, sobre el papel de madre de sus hijos, lo que se inscribe en una historia transgeneracional de subordinación y maltrato. En la relación conyugal reeditan el mismo ambiente de impotencia, sumisión e incompetencia que conocieron desde niñas. Para Perrone y Nannini (1997) el predominio del padre implica un "borramiento" de la madre, donde ellas no ven, no oyen, niegan lo evidente. Algunas de las madres defienden a cualquier precio la idea de una familia normal, detrás de lo cual mantienen historias de abandono, caos y violencia. Otras, tienen percepciones selectivas de la vida familiar, es decir, registran aquello que no pone en peligro el *statu quo* en tanto, algunas desarrollan discursos "omnijustificativos".

Indicadores, síntomas y efectos del abuso sexual en niñas/os y adolescentes

Los efectos del abuso sexual son variados, inciden de modo distinto según la etapa evolutiva del niño/a, su personalidad y nivel cognitivo, relación con el abusador, duración del abuso, frecuencia, tipo de develamiento, reacción de la madre y entorno. Cabe considerar las siguientes ideas generales:

- Las manifestaciones sintomáticas pueden ocurrir de manera inmediata, o meses, e incluso, años después (gestos suicidas en la adolescencia, depresión, disfunción sexual en la adultez). Dentro de las reacciones emocionales inmediatas se han observado la irritabilidad, hipervigilancia, sobresalto, hostilidad, sentimientos de culpa y vergüenza, en un 60 a 65%. Sin embargo, cuando no aparece sintomatología inmediata, ésta es más grave después (al año o año y medio): depresión, hiperactividad, problemas de conducta, trastorno oposicionista, fracaso escolar, uso de drogas, ansiedad, hipersexualidad y agresión.
- Son situaciones de mayor gravedad las siguientes:
 - Los niños mayores abusados, dada la mayor severidad y cronicidad del abuso.
 - Los abusos de data anterior a los 3 años de edad.
 - La penetración siempre crea síntomas severos.
 - Frecuencia elevada de abuso.
 - Duración prolongada del abuso.
 - Cercanía emocional en la relación con el abusador. Se recomienda evaluar la "cercanía emocional" más allá de las relaciones familiares.
 - Falta de apoyo materno.
 - El uso o amenaza de fuerza por parte del abusador.
 - Actitud negativa o pasiva de lidiar con el problema refuerza la mantención de los síntomas.
- Los niños abusados sexualmente tienen significativamente peor salud que los maltratados o descuidados.

Consecuencias del abuso sexual infantil (ver Tabla 32-1).

TABLA 32-1
CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Preescolares	Escolares	Adolescentes
Conducta hipersexualizada e inapropiada para la edad.	Preocupación sexual excesiva, agresión sexual.	Conductas autodestructivas: fuga del hogar, abuso de sustancias, promiscuidad, prostitución.
Ansiedad: hipervigilancia constante.	Ansiedad: hipervigilancia constante, problemas del dormir.	Ansiedad: hipervigilancia constante.
Trastorno por estrés agudo. Trastorno de estrés posttraumático: pensamiento intrusivo diurno, flashbacks, pesadillas, juegos a través de los cuales se repite la experiencia. Ansiedad, disociación, despersonalización, desrealización, hiperalerta.	Trastorno por estrés agudo. Trastorno de estrés posttraumático: despersonalización, desrealización, pérdida de sensibilidad, estupor, síntomas intrusivos, evitativos y ansiedad.	Trastorno de estrés posttraumático.
Conductas regresivas: en lenguaje, motricidad, control esfínteres, etc. Encopresis especialmente en caso de penetración anal.	Conductas regresivas y problemas escolares, dificultades de concentración y memoria, baja en el rendimiento, gigantismo y retraso, ETS.	Enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazo.
Manifestaciones conductuales diversas: no querer besar, no querer verse desnudo frente a otros, negarse a ir a casa de alguien en particular.	Escalazamiento de la agresión.	Síntomas psicósomáticos: anorexia, obesidad, cefalea, dolores de estómago.
Aislamiento, conductas evitativas, fobia escolar u otras, miedo a personas específicas, ansiedad de separación.	Hiperactividad, trastornos ansiosos y depresivos.	Aislamiento social. Problemas en los vínculos. Revictimización: agresión en las relaciones.
Depresión.		Depresión, conductas suicidas, trastornos del sueño.

Síntomas físicos agudos. Inflamación vulvar (costra, sequedad), dolor genital, flujo vaginal, disuria, sangramientos, desgarro himenescotadura (10,7%), apertura vaginal alargada, esperma vaginal o faríngeo, síntomas rectales en niñas y niños (esfínter anal hipotónico, fisuras, encopresis, enfermedades de transmisión sexual (13%)).

Relación entre abuso sexual e infecciones: *Certeza de abuso sexual.* Sífilis y gonorrea prepuberal (no perinatal): se caracteriza por secreción mucopurulenta verdosa, abundante, sin mal olor, disuria, de pocos días de evolución (2 a 7). Para confirmar el diagnóstico se debe tomar muestra de flujo vaginal, aplicar tinción de Gram y realizar cultivo en medio de Thayer Martín en forma inmediata.

Alta probabilidad de abuso sexual:

- *Chlamydia trachomatis*, se ha encontrado en un 2% de niñas abusadas. Se confirma el diagnóstico a través de cultivos.
- *Trichomonas vaginalis*, son infrecuentes en la niñez, ya que prefiere epitelios estrogenizados, se caracteriza por flujo abundante, espumoso, de mal olor, a veces amarillento. Las formas agudas son sintomáticas en un 90% y en un 30% las formas asintomáticas desarrollan síntomas en los 6 meses posteriores.
- Condiloma acuminado.
- Herpes II.
- VIH.

Baja probabilidad de abuso sexual:

- Herpes tipo I, puede causar lesiones en boca y vulva. Su período de incubación varía entre 3 a 7 días. Se sugiere tipificación del virus, aislamiento viral en cultivos celulares. La muestra se obtiene raspando las vesículas rotas.
- Hepatitis B y C.

Efectos psicológicos: *Perturbación de la imagen de sí mismo:*

- Deterioro de la autoestima. El deterioro es 70 a 87% mayor cuando el abusador es el padre o sustituto. Se siente impotente, vulnerable, perdiendo progresivamente la confianza en sí mismo y en los otros.
- Problemas en la sociabilidad y en la identidad. Finkelhor y Browne (1985) plantean que el abuso sexual infantil deforma el concepto de sí mismo de la niña/o, altera su juicio y sentido de la realidad, distorsiona el propio valor y altera la conservación de la identidad. El abusador ejerce mucho control en el niño/a, frente a lo que el niño/a aprende a adaptarse en el mundo según esa relación de dominación-control, sintiéndose muy limitado. En niñas víc-

timas de incesto, la autoestima se deteriora tanto que incluso físicamente se perciben feas. Se sienten sin protección y con la sensación de un daño irreparable. Muchas veces la única manera de recuperar el dominio de sí mismas es a través de conductas erotizadas, lo que da cuenta de una sexualidad traumática e inapropiada para la edad.

Reacciones emocionales:

- Culpabilidad, vergüenza por haber participado en el abuso sexual, por haber sentido placer, por abrir el tema en la familia y por lo que sucederá a consecuencia del develamiento. Todos estos sentimientos se ven reforzados por los adultos al hacer responsable al niño/a (mitos). La niña/o se siente estigmatizada por esta experiencia. Barudy (1998) describe en las víctimas un proceso de adaptación a la situación abusiva, producto de la vulnerabilidad y dependencia, que denomina "Alienación sacrificial".
- Temor a nuevas agresiones, a que el abusador cumpla con las amenazas, a las consecuencias de la revelación en la familia, a la estigmatización y/o temor a la posibilidad de un vínculo: "¿podré querer a alguien?"
- Sentimientos depresivos expresados en forma abierta o larvada como agresión contenida o autoinferida: las víctimas se sienten prisioneras entre la agresión y la impotencia, es en este contexto que emerge la depresión.
- Agresividad, como una autodefensa y posibilidad de establecer distancia, autorreproches similares a las fases de duelo y fantasías de conductas agresivas que son compensatorias de la rabia que sienten. El aumento de la rabia sirve para distanciarse, aislarse psíquicamente.
- Disociación de los afectos.
- Sentimiento de ser rechazado.
- Pseudo madurez.
- Somatizaciones.

Las perturbaciones descritas corresponden al trastorno de estrés postraumático (DSM-IV), donde las escenas abusivas son revividas a través de pensamiento intrusivo diurno (*flashback*) o nocturno (pesadi-

llas). Con evitación de estímulos asociados al evento traumático, produciendo un embotamiento o anestesia psíquica o emocional, donde se da un distanciamiento o extrañeza del mundo (despersonalización y desrealización), falta de interés para disfrutar de actividades antes placenteras, incapacidad para recordar aspectos ligados al trauma (amnesia) y estupor. Todo lo anterior está sobre la base de mecanismos de disociación.

Otros autores plantean un nuevo cuadro diagnóstico complementario al de estrés postraumático: "estrés postraumático complejo", considerando las características de abuso prolongado.

Alteración de la relación con otros.

- Con la familia, la víctima tiende a aislarse, siente un quiebre de la imagen parental (falta de protección) y vergüenza.
- Con los pares, tiende a repetir conductas de abuso.
- Con otros adultos, desarrolla desconfianza, evita la relación, presenta una alteración de su capacidad de vínculo. No puede amar a nadie: "quien me ama me daña".

Crisis social

No sólo la familia se impacta frente a un abuso sexual, también la comunidad, enfrentada a una víctima, experimenta el deseo y cierta compulsión a hacer algo. El horror y la angustia los moviliza. Profesores, vecinos, personal del servicio de salud, todos quieren actuar para proteger al menor, para castigar al agresor (si se conoce su identidad), para buscar explicaciones de cómo y por qué ocurrió. Sin embargo, la mayoría de los profesionales enfrentados a un caso de abuso, no saben cómo abordarlo.

Tratamiento

Objetivos

Reintroducir la normativa social a la familia. Hacer todo lo posible para que no vuelva a ocurrir el abuso sexual. Implica abordaje legal (el abuso es un delito) y social (visitas domiciliarias, gestiones interinstitucionales, etcétera).

Intervenciones terapéuticas con la víctima. No deben hacerse sin asegurar previamente que la víctima está a salvo de nuevos abusos. Ello significaría deslegitimar la fuente de ayuda ante la niña y la familia.

Psicoterapia:

- Asegurar las condiciones para la psicoterapia, es decir, proteger a la niña/o, estableciendo confianza en el sistema terapéutico. Importante es diferenciar secreto de confidencialidad, promover un secreto profesional relativo (por ej. “Si prefieres no le diré nada a tus padres, pero si es necesario tendré que decirle a otros adultos para ayudarte, yo te avisaré” –nunca prometer algo que no se cumplirá–), diferenciar con la niña/o la participación de la responsabilidad, lo que ha sucedido no es su responsabilidad. También es importante poder reconocer los intentos de control que hace la niña/o, para detener el abuso y para contarlo, “has sido muy valiente”.
- Reconocimiento de lo sucedido: Promover el poder y control personal de la niña/o. Facilitar la expresión emocional, sin presionar a la niña/o. Devolverle el sentido de control sobre sí misma/o. Explorar la experiencia abusiva, utilizando diversas técnicas lúdicas y verbales. La psicoterapia debe ir orientada a que la experiencia del abuso se constituya en una “narrativa” (Kernnberg, 2001) como una parte de su vida, no como toda su vida ni que involucra todo su ser. Las conductas de abuso y todo lo sucedido no son sinónimos de su persona, constituyen una experiencia traumática acotada, que no podrá ser borrada, pero sí integrada al continuo vital.
- Redefinirse a sí misma/o como alguien no abusable, identificando a su vez las relaciones cercanas, reestableciendo relaciones de confianza.
- Tratar la morbilidad psiquiátrica precoz o tardía relacionada con el abuso (TEPT, depresión, trastornos ansiosos, conductas suicidas, etcétera).
- En las fases finales de la intervención se sugiere prevenir la exposición a nuevos abusos.

Intervenciones terapéuticas con la madre o adulto protector. Creerle a la niña/o implica para la madre una serie de nuevas situaciones, como: enfrentar el sistema judicial, separación familiar, duelo, reproches de la familia extensa y asumir nuevas responsabilidades económicas. Todo ello deberá ser revisado con la madre. La ambivalencia de creer, pero también, esperar validar los hechos con exámenes ginecológicos, debe ser abordada psicoterapéuticamente. Revisar sus ansiedades y temores que le hacen imposible enfrentar la realidad del abuso. Promover el reconocimiento del hecho y la asunción de un papel protector de cuidado.

Intervenciones terapéuticas con el adulto que abusó. Cuando el abusador es adolescente, es prioritario ofrecer una atención especializada para prevenir la cronicidad de tal conducta. Si el abusador es adulto y miembro de la misma familia, cualquier intervención debe ser sobre la base de no estar perpetuando el abuso. Considerando la relación de cercanía emocional y de dependencia, se ha descrito cómo las niñas/os no develan los hechos hasta poder tener una distancia física de quien las sedujo y atrapó en la “ley del secreto”. Por lo tanto, la atención terapéutica a quien abusa se otorga separada de la ofrecida a la niña/o. La minimización de los hechos por parte de los abusadores hace necesario que el equipo interventor esté alerta y no se deje seducir.

Intervenciones sociales. Existe una obligatoriedad de actuar, coordinadamente, dentro de funciones claramente definidas. Separar papeles profesionales, diferenciarlos, contribuye a devolverle a la víctima una realidad clara, que se ha desdibujado desde la confusión que genera el propio abuso, pero también, por las reacciones ambivalentes e inconsistentes de la familia y otros cercanos.

Aspectos a definir previo a la intervención social:

Conocer respecto a la situación:

- Los mecanismos y manipulaciones del abusador, para someter a su víctima (persuasión, seducción, abuso de la confianza) y para mantenerla dentro del secreto, negando o minimizando los hechos una vez develado el abuso, y desacreditándola frente a quienes intervienen en la situación.

- Los aspectos legales, civiles y criminales. Conocer el sistema de justicia propio de la comunidad, que por imperfecto que sea, es el único nivel de autoridad válida, capaz de introducir mecanismos correctivos en un sistema que ha abusado del poder y autoridad, por sobre un menor o adolescente.
- Los elementos de validación de la situación de abuso: investigación:
 - Entrevistas para establecer los hechos que confirmen el relato del niño/a.
 - Si no hay relato verbal del niño/a, la evaluación psicológica debe sustentarse en un adecuado manejo de la sospecha por abuso sexual. Generar contextos de sospecha depende de varios profesionales e instancias. Por ejemplo, dibujos del niño en la escuela, conductas erotizadas con pares, deberán ser informados por los educadores al equipo evaluador. Sin que la familia del niño/a conozca de las sospechas, sino más bien que sea derivada a evaluación por la conducta desadaptativa del niño/a. Los elementos observados por profesores, médicos, asistentes sociales, deben ser registrados adecuadamente (especialmente las verbalizaciones del niño/a deben ser registradas en forma literal). Entonces, se realizará la evaluación paralelamente a la obtención de otros antecedentes. Cabe señalar que la evaluación es un proceso, que debe descongelar los mecanismos de negación del niño/a y algún familiar protector. Brindar un contexto de confianza para la niña/o, donde el profesional realmente pueda ayudarla. Esto implica en la primera fase entrevistas y sesiones de evaluación lo más frecuentes posible.
 - Reunir evidencias físicas: en abusos crónicos la evidencia física puede reunirse después de las entrevistas y procedimiento de evaluación. Sin embargo, en los abusos recientes es primordial el examen médico, a cargo de profesionales competentes, tomando el resguardo e informando de ello a la víctima, no esperar la validación y veracidad de los hechos, ya que, especialmente en menores, las huellas desaparecen tras 24 horas (no hay uso de violencia). Paralelamente a la evaluación médica se deben realizar las entrevistas.

Acciones a realizar:

- Evaluar la necesidad de protección del niño: historia familiar de violencia, adulto protector, redes.
 - Promover la denuncia (pueden denunciar la víctima, sus padres, abuelos, guardadores o cuidadores, educadores, médicos u otra persona que tuviera conocimiento del hecho en razón de su actividad). Cuando hay desgarros o sangramientos se debe acudir directamente al Servicio Médico Legal o Servicio de Urgencia, para practicar los exámenes y estampar la denuncia, que deberá ser ratificada ante el Tribunal del Crimen. En tanto, la nueva Ley también obliga a los establecimientos de salud, públicos o privados realizar el reconocimiento, exámenes médicos y pruebas biológicas, para determinar la existencia del delito, sin que medie obligatoriamente la denuncia.
 - Solicitar validaciones (entrevistas, informe de peritos).
 - Proteger al niño: salida del agresor de la casa, hogar alternativo para madre y niños o salida del niño de la casa. Ésta última es la peor medida, ya que agrega, al daño psicológico producido por el abuso, el daño por el alejamiento de su ambiente relacional.
- Los distintos actores en la intervención del abuso sexual tienen tareas y responsabilidades diferenciadas, que han de ser coordinadas, delegando funciones pero no responsabilidades (Álvarez y Herrera, 1999). Distintos equipos desarrollan el trabajo en red, como se muestra a continuación:
- Padres (no abusadores) se espera que le crean a sus hijas/os.
 - Policía: a cargo de acoger la denuncia, derive si es necesario, investigue y controle, sin victimizar a la niña/o o adolescente, interrogando con personal capacitado.
 - Agentes sociales: son los responsables de la continuidad del caso, son quienes tienen que derivarlo y operan con la familia en todo el proceso de abuso.
 - Médicos y agentes de salud: Aportan elementos de validación, pero no investigan. En caso de evidencias físicas, deciden la hospitalización, como una medida de protección y coordinan con el equipo sociopsicolegal de la institución. En la mayoría de los casos se requieren contextos de sospecha validados por los expertos.

- Profesores: Deben pesquisar y reunir toda la información y tras pasarla clara y coordinadamente a los organismos pertinentes.
- Terapeutas: ayudan a reparar la experiencia traumática con la víctima y los adultos protectores, integrando la experiencia al continuo de la vida.

Psicoeducación

Enseñar a los niño/as a protegerse:

- Saber cuánto sabe el niño/a del tema.
- Primero conversar con los niños respecto a los peligros en general.
- Luego, introducir el tema de los abusos sexuales.
- Conversar el tema en familia, delante de todos, para que el niño/a se haga la idea de que la sexualidad y el abuso puede ser discutido abiertamente. Con las palabras adecuadas.
- Explicarle al menor que si cree haber estado en una situación de peligro, sintiéndose incómodo, asustado o confundido, debe contárselo a algún adulto de su confianza. Si ese adulto no le cree o no le da importancia, debe buscar a otro, hasta que encuentre apoyo.
- Enseñar a los niños/as a escuchar los mensajes del propio cuerpo, cuando se sienten mal o bien, y el derecho que tienen de decir no, cuando alguien los trata de tocar, o les pide hacer algo que no les gusta. Y qué hacer para salir de la situación que les incomoda: arrancar, pedir ayuda, etcétera.
- Conocer el tipo de contactos que pueden aceptar de distintas personas.
- Darle a conocer a los niños/as los trucos y manipulaciones que algunos adultos usan para tocarlos, etcétera.

Si hay sospecha o certeza:

- Creerle al niño/a.
- Asegurarle que lo va a proteger, pero sin prometer cosas que no se cumplirán.
- Explicarle que no es su culpa, que sin importar cómo se comporte o se vista, la responsabilidad es siempre del adulto.

- No preguntarle por qué no contó antes o por qué permitió que pasara, ya que eso es culparlo indirectamente.
- Darle todo el apoyo afectivo que se pueda. Reforzando su valentía por haberlo contado.
- Si el niño/a devela el abuso, intentar saber (sin forzarlo) cuándo y quién cometió el abuso y si había otra persona presente.
- Encontrar un lugar de protección y ayuda y/o denunciar el hecho.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez K, Herrera Y. Ponencia en Taller de Maltrato Infantil y Abuso Sexual UNICEF: Los Aportes de un Trabajo en Red para la intervención del Maltrato Infantil: Redes y Coactividad. Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar. I. Municipalidad de Santiago, 1999.
- Barudy J. Dictaduras familiares, violencia e incesto: una lectura sistémica del Maltrato Infantil. Dcto. Terceras Jornadas Chilenas de Terapia Familiar, Santiago, 1991.
- Barudy J. El dolor Invisible de la Infancia. Madrid: Ed. Paidós, 1998.
- Bravo M. Incesto y Violación: Características, implicaciones y líneas terapéuticas del abuso sexual. Santiago de Chile: Ed. Academia, 1994.
- Cirillo S, Di Blasio P. Niños Maltratados: Diagnóstico y Terapia Familiar. Madrid: Ed. Paidós, 1991.
- De la Barra F, Álvarez P, Toledo V, Rodríguez J, Caris L. Pesquisa de Maltrato Infantil y Juvenil. Rev Chil Pediatr 1995; 66:112-17.
- Goldberg D, Kuitca M. Diagnóstico del Abuso Sexual Infanto-Juvenil. Enfoque Psicoanalítico-Contratransferencia, en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes en América Latina, Desarrollos y Perspectivas. Vol 1. Fondo Editorial Biblioteca Peruana de Psicoanálisis, 1994.
- Finkelhor D. El Abuso Sexual al Menor. México: Ed. Pax, 1979.
- Finkelhor D. The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. Child Abuse & Neglect 1994; 18(5):409-17.
- Fernández PY, Stingo B. Diseño de un taller para la prevención secundaria del Maltrato Infantil Intrafamiliar destinado al trabajo con padres. Memoria para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile, 1997.
- Florenzano R, Pino P, Kaplan M, Burrows J. Frecuencia de Maltrato Infantil y Sexual en Escolares de Santiago de Chile: Antecedentes Familiares y Consecuencias. Rev Psiquiatr (Santiago) 1992; 12:60-6.
- Hodges J, Landyado M, Andreou Ch. Sexuality and Violence: Preliminary Clinical Hypotheses From Psychotherapeutic Assessments in a Research Programme on young sexual offenders. J Child Psychother 1994; 20(3):283-308.
- López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia y Consecuencias del Abuso Sexual al Menor en España. Child Abuse & Neglect 1995; 19(9):1039-50.