

ABUSO SEXUAL INFANTOJUVENIL

Dra. PERNIA MARCELA SUSANA

Jefe de Servicio del Servicio de Psiquiatría y psicología médica de Azul.
mailin_254@yahoo.com.ar

RESUMEN

ABUSO SEXUAL INFANTIL

El ASI existe desde los albores de la civilización, aunque por causas culturales y sociales ha estado oculto y hasta apañado desde el poder.

En octubre de 2002, la OMS aborda el tema como uno de los principales problemas de nuestro tiempo.

En el 80 % de los casos es intrafamiliar. Las familias aisladas socialmente, la desigualdad de poder, la promiscuidad, las adicciones, las perversiones, los padres víctimas de abuso infantil, son características de los núcleos en que ocurre el hecho.

La sexualización traumática de un niño es forzada por caminos evolutivamente inapropiados e interpersonalmente disfuncionales, conlleva al silencio individual, familiar y social.

El niño ve afectada su esfera cognitiva y emocional, distorsiona su concepto de sí mismo y del mundo que lo rodea y se manifiesta como vergüenza, baja autoestima, culpa, autoagresión, abuso de alcohol y drogas, intentos de suicidio, así como cuadros de depresión, paranoia y conductas antisociales.

Para el tratamiento, es indispensable que el abuso haya cesado, debe ser interdisciplinario con enfoque individual y familiar, con exclusión del agresor.

Con la sanción de la ley 25852 que modifica las condiciones de los interrogatorios a menores de 16 años, el marco legal ofrece protección física y psíquica al abusado, y la justicia está en condiciones indeclinables de dictaminar sentencias a los abusadores para llegar a una convivencia armónica y pacífica, con el compromiso de la sociedad toda.

Palabras claves

Sexualización traumática, Victimización, Perversión, Abusador, Culpa

ABSTRACT

CHILD SEXUAL ABUSE

Child sexual abuse has existed ever since the dawn of civilization, but due to cultural or social reasons, it has been concealed and even condoned by the authorities.

Since October 2002, the WHO (World Health Organization) has approached this subject as one of nowadays most serious concerns.

Approximately 80% of cases of child sexual abuse take place within the family. The main features of the families where this type of abuse occurs include social isolation, power inequality, sexual promiscuity, addictions, perversion, and parents with a history of child abuse themselves.

The traumatic sexualization of a child is forced in different ways which are deemed evolutively inappropriate and dysfunctional, thus leading to individual, familiar and social silence.

Sexually abused children are affected both from a cognitive and an emotional point of view. As a consequence, the perception they have of themselves and their environment is distorted. The effects this has on children often include shame, poor self-esteem, guilt, destructive behavior, alcohol and drug abuse, suicide attempts, as well as depression, paranoia and antisocial behavior.

A treatment can only be started after the abuse has ceased. The treatment should be interdisciplinary, both at an individual and family level, with exclusion of the offender.

Ever since the passing of Act 25852, which modifies the conditions under which questioning is made to minors under 16, the legal framework has provided the abused with physical and psychological protection. Thus, Argentine courts are entitled to sentence offenders for the whole society to live in harmony and peace, with the commitment of the community as a whole.

Key words

Traumatic sexualization, Victimization, Perversion, Ofender, Guilt

ABUSO SEXUAL INFANTOJUVENIL

Introducción

Hasta no hace más de treinta años, el fenómeno del abuso sexual sufrido en la infancia era considerado un fenómeno de poca probabilidad de ocurrencia, y sus efectos a largo plazo emergían como motivos de consulta tales como: disfunciones sexuales, adicciones tempranas, trastornos en la alimentación, depresión, intento de suicidio, ansiedad generalizada, baja autoestima, entre otras, tanto en población adulta como en adolescentes, enmascarando situaciones de victimización en la infancia.

El daño ocasionado se oculta y tergiversa, escapa a la detección, y el temor a la represalia social colabora en el ocultamiento, a la vez que hace de la labor de los profesionales una intrincada trama de hipótesis explicativas, medidas de intervención y protección; sumado a los distintos sistemas comunitarios actuando al unísono para desarmar sus efectos y prevenir la recurrencia.

Historia del abuso sexual infantil

El imperio bizantino se regía por normas legales y religiosas muy estrictas, sin embargo los abusos de carácter sexual existían en todas las clases sociales.

Antes del siglo XVIII, el contacto sexual con los niños no se consideraba un acto delictivo.

Durante finales del siglo XVIII y el siglo XIX, el abuso sexual infantil comenzó a verse como conducta delictiva con ciertas resistencias sociales para quienes trabajaron en el tema.

Existen pioneros en el transcurso de la historia: la británica Josephine Butler en 1870 bogó por la abolición de la prostitución infantil y la explotación de niños por parte de hombres de la alta sociedad, como consecuencia fue arrestada y tratada obscenamente.

William Stead publicó sus quejas en "Pall Mall Gazette" y pasó tres años en prisión por ello.

Ambroise Tardieu, decano de la escuela de medicina forense de Francia, publicó un artículo en 1860 "Estudio médico legal del tratamiento cruel y brutal hacia los niños", en el describía lo que luego llamó "Síndrome del niño maltratado". Publicó además un libro sobre violación descubriendo miles de casos de abuso sexual infantil. Estos descubrimientos de Tardieu sembraron la semilla de una escuela de victimología en la medicina legal de Francia, que no prosperó con el tiempo. Desafió la tradicional creencia de la falsedad del testimonio infantil, tal desparpajo provocó una retaliación adulta.

Alfred Fournier, en 1880, se opuso tenazmente a las ideas de Tardieu proclamando que la mayoría de los casos de abuso sexual eran fabricados por la mente infantil. "Simulación de ataques sexuales en los niños" advierte que: "hombres respetables eran blancos de extorsión por parte de niños maliciosos y sus ignorantes padres".

Paul Brouardel se asoció ideológicamente a Fournier, desestimando la credibilidad infantil.

La cruzada en contra del testimonio infantil continuó afirmando: "Es la responsabilidad de los educadores y en especial de los médicos, destruir el mito de la infalible sinceridad del niño".

En 1896, Sigmund Freud, en sus primeros pasos de acercamiento al psicoanálisis, volvió a tomar el tema de la victimización sexual infantil como origen del trauma psíquico, anclaje de la neurosis adulta. La sociedad no estaba preparada para creer en este concepto básico, como consecuencia la teoría freudiana no fue tomada por los dispositivos sociales ni mejoró los sistemas de protección hacia el niño.

Para Ferenczi había demasiadas huellas del trauma de "origen sexual" en las producciones de sus pacientes, pero consideró al psicoanálisis autoritario, cargado de frialdad, lo que no permitía a los pacientes arriesgarse a desenmascarar humillantes secretos, algunos muy reprimidos.

Así elaboró su propia técnica basada en la empatía, el aporte afectivo y ausencia de interpretaciones. De este modo logró descubrir una realidad devastadora acerca de la tan frecuente victimización sexual infantil.

Ferenczi describió al abuso sexual infantil como un episodio común, capaz de ocurrir en las mejores familias, provocando a largo plazo efectos perjudiciales para el desarrollo emocional del niño víctima de la agresión sexual. Explicó también los mecanismos adaptativos que utiliza el niño en una situación abusiva, así como el pacto de silencio que sella la relación entre el perpetrador y el niño, y la perplejidad de la complacencia infantil.

En "Confusión de lenguas entre el adulto y el niño", marca la importancia psicopatológica de la situación traumática del niño e insiste que a través de la sordera autoritaria de los adultos, se impediría la expresión de las víctimas, negando la posibilidad del descubrimiento y por ende, la reconstitución del mundo infantil perdido.

Incidencia y prevalencia

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS, con fecha de octubre de 2002, es el primer informe general que aborda la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo, siendo éste uno de los principales problemas de nuestro tiempo, y destaca la importancia que adquieren los diferentes tipos de violencia familiar habitualmente relegados a un segundo plano.

Los estudios están generalmente dirigidos a recoger datos de personas adultas que han sufrido experiencias de abuso en la infancia.

Usando estadísticas realizadas principalmente en Estados Unidos e Inglaterra (gobiernos que han invertido sostenidamente en investigaciones durante 25 años), la mitad de los que sufren abusos sexuales tiene entre 9 y 12 años.

Refieren haber sufrido abusos sexuales antes de los 18 años: varones 16 %, mujeres 27 %.

El 90 % de los agresores son conocidos de la víctima, el 65 % son familiares. Solo el 10 % son desconocidos.

Uno de los primeros estudios llevados a cabo por David Finkelhor (EE UU, 1979) que comprendía hombres y mujeres adultos de población universitaria señaló que el 19,2 % de las mujeres y el 88,9 % de los hombres habían sufrido experiencias de abuso sexual en la infancia.

En 1988 una encuesta telefónica realizada por el periódico Los Angeles Time, incluyó una muestra de 2627 personas, hombres y mujeres. El 22 % de ellos informó sobre experiencias de abuso sexual infantil, un 18 % eran hombres.

En Gran Bretaña (1985), se realizó un estudio donde el 46% de 600 mujeres habían experimentado abuso sexual.

Si bien en nuestro país no contamos con este tipo de estudio de población general, se han conocido estadísticas de algunos centros especializados en la ciudad de Buenos Aires. En 1991 se realizó un estudio en la Unidad de Violencia Familiar del hospital Pedro Elizalde, con actualización de datos un año y medio más tarde. Sobre un total de 138 casos, el 76.8 % fueron niñas, el 23,2 % varones, siendo la franja etaria de mayor frecuencia de 6 a 11 años en un 49.8 %, de 12 a 19 años en un 26.4 % y de 0 a 5 años en un 24.5 %.

El abusador pertenecía a familiares directos entre un 80 y 90 % de los casos, 41 % para padre biológico, 18 % padrastros, tios, abuelos, hermanos y primos 23 % y un 13.7 % entre amigos y no familiares.

La franja de edad de los abusadores en su mayoría se sitúa entre los 30 a 45 años (42.6 %), entre 45 y 60 años (29.3 %) y entre 15 y 30 años (19.4 %).

En cuanto a la cronicidad el 23.7 % llevaba entre 1 y 3 años de duración y el 22.7 % una duración mayor a 3 años.

Los tipos de abuso más frecuentes: exhibicionismo, masturbación, penetración y sexo oral.

También se visualiza abuso sexual en adolescentes embarazadas. La estadística que brinda el Hogar Para Madres Adolescentes dependiente de la Dirección General de la Mujer del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, entre 1993 – 1996, nos muestra que del 100 % de la población, que el 75 % de las jóvenes entre 12 y 21 años han sufrido abuso sexual en la infancia, así como un 25 % de los embarazos eran producto de situaciones incestuosas.

Recurriendo a una zona de la provincia de Buenos Aires, a principios del año 1997, en la ciudad de Mercedes, se organizó un grupo interdisciplinario (psicóloga, psicopedagoga, abogada y médico pediatra) a fin de asistir a personas que padecían esta problemática. Entre noviembre de 1998 y noviembre de 2002 se realizó un estudio descriptivo transversal con el objeto de mostrar la dimensión que adquirió esta problemática en esa población. Se asistió a 197 niños de entre 0 y 19 años del área urbana, suburbana y rural. De ellos 99 eran varones, 98 niñas. Se determinó maltrato infantil en 108 casos, de los cuales 30 % por abuso sexual.

De 0 a 2 años el 3 %, de 10 a 12 años el 20.5 %, de 13 a 15 años el 20.5 %, de 16 a 18 años el 7 % y mayores de 18 años el 3 %.

El 85 % fueron niñas y el 15 % varones.

Presentaban lesiones vaginales 20 pacientes.

Los abusadores fueron: 30 % padrastro, 21 % padre, 13 % tío, 10 % vecino, 8 % primo, 5 % abuelo, 3 % amigo, 10 % desconocido.

El 77 % eran convivientes con la víctima.

El 33 % consumía alcohol de manera habitual.

De los 39 casos de niños abusados sexualmente se pudieron encausar 23 casos en procesos penales, o sea el 59 %. De los 23 casos llevados a juzgados resultó: 26.1 % denuncia desestimada, 30.4 % victimario absuelto, 13 % condenado, 21.7 % procesado, 8.7 % excluido del hogar.

Debemos tener en cuenta no solo las escasas estadísticas sobre el tema sino además los subregistros existentes, ya sea por dificultad de los profesionales en reconocer las características de los distintos tipos de maltrato, de la falta de interrogadores en los pacientes, de la dificultad éstos para expresarse, ya sea por vergüenza, culpa o secreto cómplice, sobre todo el familiar, y la resistencia a denunciar en los lugares pertinentes por temor a los

Causas y factores de riesgo

El abuso sexual infantil es considerado un fenómeno de determinación multicausal, donde los componentes sociales, culturales, situacionales y relacionales, además de los ontogenéticos (como la transmisión intergeneracional del maltrato), juegan un papel importante.

Entre las causas del macrocontexto figuran: aislamiento social, pobreza de relaciones con la familia extensa, familias monoparentales, desempleo o inestabilidad laboral con ausencia de apoyo social, falta de compañeros o amigos.

Dentro de las causas del microsistema: interacción entre los miembros de la familia, cónyuges entre sí, padres – hijos, características de los hijos. Pero sin duda la más importante es la psicopatología de los padres y la presencia de toxicomanías (alcoholismo, y adicción a sustancias ilegales).

En las familias donde se ejerce la violencia, donde hay ausencia del control de los impulsos, se hace más frecuente y grave la posibilidad del abuso, con el consiguiente sometimiento en todos los aspectos del resto de los integrantes del grupo familiar, sobre todo si los demás adultos de dicha familia tienen un perfil de baja autoestima, patología de retraso mental o sometimiento intergeneracional, lo que aumenta aún más la vulnerabilidad de la víctima.

Marco teórico – conceptual

Se define al abuso sexual como el o los actos de naturaleza sexual impuestos por un adulto sobre un niño que, por su condición de tal, carece del desarrollo maduracional, emocional y cognitivo como para dar su consentimiento acerca del o los actos en cuestión.

En la vinculación se establece una posición dominante y de poder del adulto, en contraposición con la vulnerabilidad y dependencia del niño. El abuso comienza a aceptarse como fenómeno social muy grave en la década del sesenta en los países anglosajones y en la década del ochenta en nuestro país, y empieza a entenderse como un hecho multicausal, apoyado en valores, creencias y mitos fuertemente arraigados en la sociedad. Los valores de la cultura dan identidad a los sujetos y en nuestra cultura occidental judeocristiana, se transmiten a través de la organización social en familias. Es así que cada familia interpreta y transmite los valores culturales predominantes, de acuerdo con la pertenencia a distintos sectores sociales.

El abuso sexual infantil puede ser extrafamiliar o intrafamiliar, éste último de mayor frecuencia (por encima del 80 %) y de mayor daño psicológico por el nivel de conflicto de lealtades que se juegan en el interior de las mismas.

Características que presentan estas familias:

- Familias aisladas socialmente que ocasionan mayor dificultad para descubrir el problema.
- Jerarquías de poder desiguales entre hombres, mujeres e hijos. Responden al modelo autoritario de familia, donde el respeto no es entendido como reciprocidad entre los miembros sino a partir de una estructura vertical.
- La alteración del vínculo entre los cónyuges.
- Promiscuidad y confusión de roles.
- Padres que sufrieron abuso sexual durante su infancia (en un 35 %).
- Creencias en torno a la obediencia y el respeto.
- Padres con adicciones, sobre todo el alcoholismo, en un alto porcentaje.
- Padres con psicopatologías como perversiones sexuales, trastornos de la personalidad, etc.

La gravedad del abuso sexual y el impacto en la víctima dependerá de:

- 1) Cercanía del vínculo entre el niño y el perpetrador.**
- 2) Tipo de abuso (manoseo, sexo oral, penetración).**
- 3) Duración del mismo.**
- 4) Grado de coersión física.**
- 5) Ausencia de figura protectora.**

Finkelhor conceptualiza la experiencia sexual abusiva como básicamente traumática y propone un modelo psicosocial de entendimiento sobre los factores que la constituyen como tal, la interacción de cuatro dinámicas:

- 1) Sexualización traumática.**
- 2) Traición.**
- 3) Estigmatización.**
- 4) Sentimiento de ineficacia.**

Estos factores afectan la esfera cognitiva y emocional en el niño, distorsionando su concepto de sí mismo, sus capacidades afectivas y la visión del mundo que lo rodea.

La estigmatización proviene de los mensajes negativos que de sí mismo incorpora el niño, tanto durante como después de interrumpido el abuso, creándole un sentimiento crónico de ineficacia y distorsionando el sentido que posee de sus posibilidades de controlar su propia existencia.

La sexualización traumática se refiere al proceso por el cual la sexualidad infantil es forzada por caminos evolutivamente inapropiados, e interpersonalmente disfuncionales, conlleva al silencio individual, familiar y social, requiere de un esfuerzo de toda la sociedad para mantenerlo oculto, y

necesita del mismo esfuerzo para sacarlo a la luz, detenerlo y rehabilitar sus consecuencias, y, además, prevenirlo.

La traición es sentida por el niño en referencia al perpetrador, ya que el niño se acerca al adulto, progenitor o no, para recibir afecto y/o protección, y doblemente traición si el otro progenitor no ejerce su función protectora, contenedora y reparatoria.

El sentimiento de ineficacia se manifiesta en el niño como vergüenza, baja autoestima, culpa, doblégandose la aislamiento, autoagresión, abuso de alcohol y sustancias (en adolescentes), incluso intentos de suicidio, así como la aparición de cuadros nosológicos como depresión, paranoia, conductas antisociales.

Es imprescindible decir que el abuso sexual prolongado deja distorsiones duraderas en el patrón de relaciones objetales, siendo éstas las de más difícil abordaje terapéutico y más resistentes al cambio.

El manual de Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE10) destaca la experiencia de abuso sexual en sus diversas formas como productora de aumento de estrés psicosocial y de deterioro respecto al funcionamiento previo del individuo afectado.

Perfil psicológico del abusador

Habría dos tipos de abusador: paidofílico y regresivo.

Dentro de los primeros, serían los típicamente perversos, con una orientación sexual hacia los niños, producto de una fijación infantil. Sería con mayor frecuencia el abusador extrafamiliar y su orientación sexual predominaría en niños pre-adolescentes. Es común encontrarlos desarrollando tareas relacionadas con ellos, en actividades deportivas o recreativas, o cuidadores de niños. También pueden ser personas relacionadas con el comercio y la prostitución infantil.

La motivación es predominantemente sexual, y su relación con los niños es para satisfacer sus deseos sexuales.

El abusador regresivo generalmente es un adulto que compone el núcleo familiar. Su orientación sexual es heterosexual y dirigida a los adultos, pero por diferentes circunstancias, llámese alcoholismo, stress relacional y/o financiero regresan a estadios evolutivos precoces. En este tipo de abusador la motivación se relaciona con satisfacer necesidades de aceptación, control y poder. En este caso, es abuso de poder que adopta una forma sexual.

En 1982, Henry Giarretto afirma: "...la conducta incestuosa no es más que uno de los múltiples síntomas de una familia disfuncional.", "...el abusador no elige abusar...", la conducta abusiva es la única respuesta posible que tiene a mano para descargar su crónica baja autoestima producida por la permanente insatisfacción de sus necesidades. En estas familias la responsabilidad por el incesto es compartida en partes iguales por los integrantes de la misma, especialmente padre y madre.

Posteriormente las investigaciones determinaron con respecto a la tipología paidofílico-regresivo, que en ambos habría desviación perversa de la sexualidad, que es un acto planeado y pensado mucho antes de su ocurrencia. La actuación sexual comparte con otras conductas adictivas el estar focalizada

en una gratificación a corto plazo, pero la diferencia que en cada acto de agresión sexual involucra la victimización de otra persona, planteando consideraciones éticas y legales de mayor envergadura.

Mujeres – madres abusadoras

Las estadísticas muestran que es un fenómeno de poca representatividad (5 a 8 %).

Finkelhor sostiene que una niña tiene mayor probabilidad de ser abusada dentro de su familia que el varón, también es cierto que todos los niños se encuentran en riesgo de abuso. El varón víctima de agresión sexual tarda más en develar la situación, suelen encontrarse hombres adultos víctimas de experiencias abusivas sin poder expresarlo, aún con personas con las que realizaban tratamiento psicoterapéutico. Parte de la demora es que la victimización sexual de varón ataca la identidad sexual. Si la sexualidad masculina está sujeta a conceptos de control, dominio y poder, ¿cómo asimilarla a la sumisión, pérdida de control y rol pasivo en la experiencia abusiva?

En el caso de que el abuso sea perpetrado por la madre, el estigma es aún mayor, el sentimiento de rareza que acarrea la víctima es difícil de superar, tanto que algunos sobrevivientes de incesto materno les ha llevado más de treinta años destrabar la disociación, represión y la construcción de una niñez falsamente segura.

Perfil psicológico de la adolescente víctima de incesto

Una de las características comunes que tienen las adolescentes, es ser víctimas de un tabú universal, la sociedad entera suele tomar una actitud de rechazo o distanciamiento de la víctima, quien experimenta una intensificación de los sentimientos de culpa.

En un trabajo realizado por N. German y J. Habenicht (1990), 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 hayan derivado de la relación incestuosa.
5. Culpa por los sentimientos hostiles y deseos de venganza hacia sus padres, especialmente madre.

La adolescente comienza a sentirse aislada de su familia nuclear mucho antes del develamiento. La rabia y el resentimiento hacia los padres es opresiva, a su vez le crea una confusión interna con un clima de caótica incertidumbre impidiendo un vínculo de confianza. Mantiene la situación en secreto por temor al castigo, abandono y/o rechazo de sus padres y familiares. Una vez develado el secreto tiene miedo de reconocer su rabia y hostilidad con manifestaciones psicósomáticas, baja autoestima e imagen corporal devaluada. Una manera de

expresar estos sentimientos son las conductas autodestructivas y los intentos de suicidio, el abuso de alcohol o drogas ilegales.

La característica más marcada es el encapsulamiento en sí misma con tendencia a la desconfianza y al aislamiento, lo cual impide o dificulta establecer vínculos amistosos. El retiro en sí misma pareciera ser una necesidad para poder sobrevivir al incesto. Con respecto a características estructurales de la personalidad presentan una debilidad superegoica producto de la victimización crónica, conductas de rebeldía, actitud indolente, frívola, que es el resultado de la adaptación al sostenimiento del secreto para mantener la homeostasis familiar.

Estas adolescentes suelen quedarse fijadas en esta etapa, vulnerables a convertirse en mujeres golpeadas del mañana.

Consecuencias de acuerdo al período evolutivo

Abuso sexual en el período lactante

Aún pudiendo no existir recuerdo de la situación abusiva, el registro corporal y afectivo del niño o niña se mantiene a lo largo de la vida y se manifestará en períodos posteriores del desarrollo como dificultad en la vinculación con otros.

Abuso sexual en el período preescolar

En este período el niño está centrado en completar el período de formación de la confianza básica, en lograr autonomía respecto de sus figuras de apego y adquirir habilidades sociales e instrumentales y una alta capacidad de aprendizaje en su aspecto cognitivo.

El abuso sexual, al afectar estas funciones del desarrollo, tiene como efectos centrales en ese período la producción de trastornos de ansiedad (timidez, miedos, desconfianza, hipervigilancia, desórdenes del sueño, del apetito, del control de esfínteres), trastornos en la vinculación (mayor necesidad de permanecer con las figuras de apego, actitud defensiva, rechazo afectivo), perturbación en el desarrollo del lenguaje o del aprendizaje global, limitación de la autonomía.

Abuso sexual en el período escolar

La experiencia de abuso sexual, especialmente aquella de violación, determina un grave impacto en su visión de sí mismo (indefenso, sucio, despreciable), con sentimientos como vergüenza, impotencia, cólera, temor, tristeza. La autoestima del niño o niña resulta sustancialmente dañada (sensación de no merecer ser querido, desvalorización personal).

Abuso sexual en el período de adolescencia

Cuando el abuso sexual se da en el ámbito intrafamiliar o por un conocido, generalmente se establece en escalada.

La transgresión a su cuerpo es vivenciada de similar manera a la invasión de su ser integral. La rabia, la sensación de impotencia, pueden manifestarse a modo de severos cambios de conducta. Así mismo, la idea de culpa y

vergüenza puede determinar cuadros depresivos severos con intento de suicidio o suicidio consumado.

Al adolescente le es difícil percibirse como víctima y tiende a culparse o a reprobar su actitud en torno al autocuidado, con manifestaciones depresivas y una menor autoestima.

Consecuencias del abuso sexual a corto plazo

En cualquier período evolutivo, el abuso sexual impactará directamente en su desarrollo psicosexual, constituyendo éste el perjuicio o daño más frecuente y estable en el tiempo.

En ninguna etapa del desarrollo infanto-juvenil, el niño o adolescente está capacitado para dar su consentimiento a una relación o contacto sexualizado con un adulto. Así lo considera por definición la O.M.S., UNICEF, poniendo el límite de edad en los dieciocho años.

El abuso sexual, principalmente en sus formas de mayor intensidad y duración, destruye, perturba o retarda la posibilidad del adolescente de organizar adecuadamente su identidad global, puede crear dudas en torno a la identidad sexual (principalmente en varones), o desarrolla una vinculación anormal con personas del mismo género del agresor.

Consecuencias a mediano y largo plazo

. Angustia permanente, percepción de riesgo vital constante, desconfianza, retraimiento, actitud defensiva, agresividad.

. Cambios frecuentes de humor, ideas suicidas persistentes, autoagresiones, enojo explosivo, inhibición de las emociones, sexualidad autodestructiva o excesivamente inhibida.

. Alteraciones de la memoria como consecuencia de experiencia que sobrepasa la capacidad de respuesta de la víctima: perturbación en el recuerdo de situaciones extenuantes o traumáticas relacionadas al abuso sexual. Mantención de mecanismos de disociación, represión, negación, bloqueo, despersonalización, amnesia, desrealización.

. Distorsiones cognitivas en relación a la capacidad sexual, detención del proceso normal de maduración de la sexualidad humana desde la genitalidad a la relación afectiva consensual basada en la mutualidad. Inhibición de la sexualidad en pareja, alteraciones en el deseo sexual y disfunciones sexuales. En casos severos trastornos en el rol sexual y/o de la identidad sexual.

Consecuencias psiconeurobiológicas

Los niños que han recibido abuso físico y sexual presentan una elevación sustancial en las concentraciones matutinas de cortisol.

Las mujeres adultas con antecedentes de abuso sexual infantil, pueden presentar concentraciones persistentemente irregulares de cortisol o alteraciones en la reactividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, así como patrones alterados en la respuesta de la hormona del crecimiento en niños del sexo masculino.

En la tomografía por emisión de positrones se evidenció un crecimiento en la actividad de algunas regiones cerebrales prefrontales y temporales.

FACTORES DE RESILIENCIA

Se han identificado factores que funcionan en forma relativamente duradera y que por el momento están mostrando mayor validez transcultural que los propios factores de riesgo:

- a) Atributos disposicionales del sujeto que pueden tener fuerte base genética, como niveles de actividad, sociabilidad e inteligencia.
- b) Vínculos afectivos en la familia que han proporcionado apoyo en los momentos de estrés.
- c) Sistemas de apoyo externo (escuela, iglesia, trabajo, etc) que gratifican las competencias del sujeto y le proporcionan un sentido de vida y un lugar de control interno.

Durante la primera infancia tienen su mayor influencia los factores de tipo constitucional.

En la segunda infancia, las habilidades comunicativas y de resolución de problemas, así como disponer de cuidadores alternativos a la propia familia.

En la adolescencia la tienen los factores intrapersonales (lugar de control interno y autoestima).

Durante la primera década de la vida los niños son más vulnerables que las niñas, cuando están expuestos a carencias biológicas y de cuidados.

Durante la segunda década las mujeres son más vulnerables.

PREVENCIÓN

Los programas de prevención primaria aplicados a través del sistema escolar, han demostrado ser eficaces en cuanto a incrementar el grado de concientización, especialmente cuando su aplicación se lleva a cabo a largo plazo y con participación de niños mayores y pequeños.

El 19 de Noviembre es el Día Mundial para la prevención del Maltrato y Abuso Sexual Infantil.

PRONÓSTICO

Está asociado a:

- Factores propios de la víctima: habilidades cognitivas, emocionales, relacionales.
- Factores relacionados con el abuso sexual: de peor pronóstico si es frecuente y prolongado en el tiempo, con utilización de fuerza, relación cercana con el victimario.
- Factores propios de la familia: son favorecedores la estabilidad en la familia, el apoyo de los padres y su implicación en el tratamiento del niño.
- Intervención del sistema social: a mayor número de entrevistas realizadas por los agentes sociales peor pronóstico, el manejo social inadecuado se conoce como victimización secundaria.

Las estrategias de afrontamiento, los estilos de interacción social y los mecanismos de defensa pueden ser significativamente más inmaduros en los adultos con antecedentes de abuso sexual infantil.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser multidisciplinario y debe comenzar con la evaluación de la naturaleza del abuso y con la determinación de si fue extra o intrafamiliar.

Lo esencial para comenzar un tratamiento es que el abuso sexual se haya detenido y en el caso de que sea intrafamiliar se debe contar con un familiar protector que asegure que la persona afectada no estará expuesta a un nuevo episodio.

Se debe realizar la denuncia del abuso por un familiar o conocido cercano, de no contar con el mismo, es deber del profesional de salud hacerlo.

La denuncia de abuso sexual, es, de por sí, una instancia terapéutica.

El trabajo psicoterapéutico debe tener un enfoque individual y familiar, dejando fuera de la intervención familiar al agresor.

Las técnicas terapéuticas varían según el grado de desarrollo del niño.

El tratamiento de los trastornos psiquiátricos debe ser abordado por un psiquiatra infantil.

La terapia de grupo puede ser útil en los adolescentes mayores que muestran una autoestima relativamente positiva.

ASPECTOS LEGALES

El abuso sexual infantil es, además de una grave disfunción relacional, un delito y como tal, se deberán tomar las medidas pertinentes. El primer aspecto que impacta es la comprobación de la existencia de la violación del tabú del incesto, y de la actividad sexual con niños en general, y el segundo aspecto, es lo relacionado con la seguridad del niño víctima. Estos aspectos deben trabajarse conjuntamente en distintas instancias (médicas, salud mental, social y judicial) En primer lugar un adulto familiar o cercano a la víctima debe realizar la denuncia del caso.

Los médicos y los especialistas en salud mental están legalmente obligados a notificar los casos de sospecha de abuso sexual y comunicar a las organizaciones de servicio de protección infantil, a fin de garantizar la atención de las necesidades sociales y los derechos del niño.

La complejidad del abordaje y la natural intervención de distintas instituciones, introducen numerosas frustraciones y sentimientos de desaliento, por procesos que no podemos controlar a veces, ni siquiera influir, pero que tienen una resonancia directa en la porción de caso en la que sí tenemos responsabilidad de actuación. El mayor obstáculo con el que debemos enfrentarnos es el hecho de que no es posible intervenir pasivamente frente a esta problemática .

De todas las disciplinas intervinientes en el manejo de los casos de abuso sexual infantil, sobre todo el intrafamiliar, las áreas de salud mental (psicología, psiquiatría) son las más exigidas ante el dilema “secreto profesional-obligación de denunciar”, planteándonos dicotomías éticas, no siempre bien resueltas a la hora de la intervención. El conflicto aparece frente al acto de responsabilidad que significa la protección del menor en riesgo, y la no menos preciada

confidencialidad, condición esencial para un buen proceso terapéutico. La información sobre la familia o el paciente no es propiedad exclusiva de algún operador en particular, sino que se produce un intercambio entre las diferentes instancias intervinientes que, de mantenerse fluido, colabora con la resolución de los distintos aspectos o problemáticas presentadas. El diálogo entre abogados de parte, jueces y sus equipos, trabajadoras sociales y terapeutas involucrados; deberán hallar un delicado equilibrio entre lo que es apropiado y de beneficio compartir y/o informar a otros colegas o instancias, y lo que es apropiado callar para no poner en riesgo a ninguno de los participantes en el caso. La labor en sí misma de los profesionales está reglamentada por la ley, que los obliga a informar tanto de la detección de un caso, como del seguimiento y evolución del mismo, cuando queda con la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento..

Como la mayoría de los casos de abuso sexual tienen derivaciones penales, no sólo la víctima y su entorno familiar deberán comparecer a declarar, sino también los profesionales intervinientes.

La comprobación del delito se basa fundamentalmente en la evaluación física y el testimonio de la víctima. Con respecto a éste último, se sancionó la Ley 25.852, que modifica las condiciones de los interrogatorios a menores de 16 años que hayan sido víctimas de delitos sexuales., minimizando la revictimización del niño.

CONCLUSIONES

A fin de realizar algunas reflexiones sobre nuestra sociedad actual, bastaría con citar a Karl Popper, quien en su último libro “El fin de este siglo”, vierte una lista de prioridades que debe fijarse la sociedad para vivir un poco mejor; en primer lugar, la paz, luego el análisis de la explosión demográfica, y en tercer lugar, LA EDUCACION DE LOS NIÑOS EN CONTRA DE LA VIOLENCIA.

La posibilidad de que existan operadores entrenados y con una profunda convicción de que ésta es una de las problemáticas de fin de siglo que debemos superar si pensamos en un tercer milenio más justo, hace que surja la necesidad del dictado de normativas específicas, porque bien sabemos que ésta violencia, al generar tal grado de injusticia, debe llegar a los tribunales para que los jueces organicen, desde su capacidad, y desde la posibilidad del dictado de sentencias, una nueva forma de convivencia más armónica y pacífica, con el compromiso de la sociedad toda.

DERECHOS INTERNACIONALES DEL NIÑO

La necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la DECLARACION DE GINEBRA de 1924 sobre los derechos del niño y en la DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, y, en su espíritu más íntimo indica: “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”.

Estos principios básicos se han visto complementados posteriormente con:

CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO
(Resolución 44/25 del 20/11/89, entrada en vigencia en setiembre 1990)

LEY NACIONAL DE PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR (Ley 24417, 1994, reglamentada en 1996).

En diciembre del 2003, se sancionó la ley 25852, que modifica las condiciones de los interrogatorios a menores de 16 años que hayan sido víctimas de delitos sexuales.

Al proteger las condiciones en que brinden testimonio, también resultará más eficaz para reunir los elementos de prueba necesarios para condenar al o los culpables.

RELATO METAFÓRICO ALUSIVO AL TEMA

Hace frío

Hace frío... de que se ríen? De mí...? Que tengo...? Debo tener la cara sucia, o no, quizás sean mis manos...

Y este frío que no se me pasa.

Y me tengo que lavar las manos.

Pueda ser que no toque el timbre, después de todo aquí se está bien, si no fuera por la vieja de historia...

Recreo otra vez... De que se ríen?

Seis por ocho, cuarenta y ocho... Me estoy haciendo pis... bueno, creo que ya me hice... pero muy poquito... después de todo esta bombachita ya estaba sucia, muy sucia, o no?

De que se ríen?

Ahora seguro que vamos a jugar al elástico, eso me gusta, si no fuese porque duele un poco, cuando está alto, claro, sino no, abajo no me duele, solo tira un poquito.

Dibujo me gusta, esta es mamá, el pelo largo, el delantal... Lucía, siempre con su oso, papá... grande, con esas manos tan grandes... y yo... la más chiquita, que siempre me salgo chiquita y que no se porqué. Y una lágrima por acá, y un caminito que lleva a la casa... Y un arbolito pelado...

Y este frío que no se me pasa.

Y me tengo que lavar las manos...

La salida!! Mejor espero que salgan todos... No me gusta estar allí cuando empujan, me cuesta respirar cuando se hacen esos apretujones, no quiero que me toquen... No tienen porque tocarme... Mejor espero que salgan todos... Ya me hice pis otra vez... pero muy poquito...

De que se ríen?

Y me tengo que lavar las manos...

No me gusta el colectivo, con toda esa gente, vieja, fea...

No quiero que me toquen...

Pueda ser que haya milanesas, creo que es lo único que me gusta. Mamá lo sabe..., y las debe haber dejado hechas antes de ir a trabajar.

Lástima que después hay que dormir la siesta...

Y me tengo que lavar las manos...

Marcela S. Pernía, inédito, abril de 2009.

BIBLIOGRAFIA

- Maltrato infantil (J. Seldes, V. Ziperovich, Alejandra Viota y Fernando Leiva). Archivos Argentinos de pediatría (De la Sociedad Argentina de Pediatría) Dic. 2008.
- Violencia y abuso en la familia (Diana Saenz, Alejandro Molina). 1999
- Los niños víctimas de agresión en el grupo social y familiar (Manual de psiquiatría infantil, J. de Ajuriaguerra, última reimpresión, 1996)
- Abuso sexual infanto-juvenil (Del curso virtual de psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia. Dr Héctor S, Basile, 2008)
- Violencia y abuso infanto-juvenil (Del curso virtual de psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia. Dr Héctor S, Basile, 2008)
- Derechos del niño (Del curso virtual de psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia. Dr Héctor S, Basile, 2008)
- Psicopatología del adolescente (Del curso virtual de psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia. Dr Héctor S, Basile, 2008)
- Red informática de mujeres de Argentina (Publicación en el diario El cordillerano, San Carlos de Bariloche, 2004)
- Abuso sexual infantil: las secuelas en el adulto (Claudia Rubins, psiquiatría forense argentina)

Referencia curricular

Dra. PERNIA, MARCELA SUSANA

BRASIL 254. AZUL C.P.7300

T.E. 02281-425739

mailin_254@yahoo.com.ar

Médico Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica

Médico de Planta del Htal. Materno-infantil Argentina Diego de Azul

Antecedentes Laborales:

Médico concurrente Htal. Melchor Romero La Plata

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA¹⁸
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**

Médico de planta en el Servicio de Psiquiatría Htal. Regional Comodoro
Rivadavia. Chubut

Médico de planta Htal. Municipal Hipólito Irigoyen

Médico de planta en Servicio de Psiquiatría y Psicología médica de Azul

Jefe de Servicio del Servicio de Psiquiatría y psicología médica de Azul.

ABUSO SEXUAL INFANTOJUVENIL

Autor: Dra. Pernia, Marcela Susana