



Dinámica y Consecuencias Psíquicas del Abuso Sexual en niños/as y adolescentes

Trabajo Final de Grado, Monografía

Georgina Viera Martínez C.I.: 4.797.877-1

Tutora: Raquel Galeotti

Montevideo, Uruguay

Febrero, 2017

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONCEPTO INFANCIA	4
DEFINICIÓN DE MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI).....	8
FACTORES DE RIESGO PARA EL ASI.....	12
CLASIFICACIÓN DEL ASI	13
ABUSADORES SEXUALES	15
FASES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	18
DESARROLLO DE LA CONDUCTA ABUSIVA.....	18
INDICADORES PSICOLÓGICOS, FÍSICOS Y CONDUCTUALES DE ASI.....	22
ASI COMO HECHO TRAUMÁTICO	24
MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS CONSECUENCIAS DEL ASI.....	25
CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y CONDUCTUALES.....	30
DISOCIACIÓN, MECANISMO DE DEFENSA.....	38
AJUSTE PSICOLÓGICO Y APEGO	41
DATOS ESTADÍSTICOS Y RECOMENDACIONES.....	43
CONSIDERACIONES FINALES.....	46
BIBLIOGRAFÍA.....	52

“El bienestar del niño y la niña, nunca es producto del azar o el efecto de la buena o la mala suerte, por el contrario, el bienestar infantil es una producción humana, es un esfuerzo del conjunto de la sociedad”

Arena, A. (2002) *Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes. Propuesta de intervención.*

INTRODUCCIÓN

La presente monografía corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

Hoy por hoy los casos de abusos sexuales infantiles cuentan con una amplia difusión por parte de la prensa ya que es una de las noticias que genera más impacto en la población y es una de las principales preocupaciones de nuestros días si nos referimos al bienestar de los niños. Sin embargo esta preocupación es relativamente nueva, durante siglos los niños han sufrido vejaciones de toda clase, maltrato físico, ataques brutales, abusos sexuales, etc., es decir que vivieron largos años sin ser considerados en lo absoluto. Hasta finales del siglo XVII, cuando comienza un cambio incipiente en la modalidad del trato dentro de la familia respecto a sus integrantes y con el surgimiento de la escuela. Escuela que será un recurso para que estos niños y niñas pudieran ser disciplinados, educados y separados de los adultos y sus malos tratos, es aquí que comienza el cambio de perspectiva con el que se mirarán los NNA.

Es en la segunda mitad del siglo XX que se da un giro en el concepto que hasta ese momento se tenía de la infancia, y esto permite que en 1948 surja la Declaración

Universal de los Derechos Humanos, luego en 1959 la Declaración de los Derechos del Niño y posteriormente en 1989, la Convención Internacional sobre Derechos del Niño, donde queda asentado que es el Estado quien debe proteger a los NNA de cualquier forma de abuso. Nuestro país al ratificar dicha Convención en 1990 se compromete a incentivar y/o cambiar sus leyes para así proteger de manera más eficaz a los NNA. Uno de los cambios fundamentales es la creación del Código de la niñez y adolescencia que se aprueba en el año 2004.

En el presente trabajo se abordan aspectos significativos como ser los distintos modelos explicativos de las consecuencias del ASI, los factores de riesgo, las modalidades y los indicadores de los abusos, adentrándonos también en la clasificación de los abusadores sexuales, entre otros. Se exponen y se relacionan conceptos y pensamientos de diferentes autores estudiosos del tema, y se da un panorama de la situación que vive nuestro país respecto a este fenómeno social, ya que el objetivo es exponer el tema y contribuir a la difusión de dicha problemática.

BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DEL CONCEPTO INFANCIA

Para adentrarme en el tema comenzaré haciendo referencia a Carreño, C., & Rey, A., (2010) quienes refiriéndose a la infancia afirman que:

Es una construcción social en constante movimiento y con diversos significados, según los diferentes contextos y momentos históricos de la humanidad. Su permanente dinamismo se observa dentro de los diversos ordenamientos sociales que definen distintas maneras de ser y construir relaciones entre adultos y niños. (p. 811)

Por su parte Lloyd de Mause (citado por Baita, S., & Moreno, P., 2015) señala que “la historia de la infancia presenta desde muy temprano diversos horrores, tales como muertes, castigos físicos y abusos sexuales a los cuales eran sometidos los niños” (Baita, S., & Moreno, P., 2015, p.12). Dicho autor al referirse al maltrato infantil relata que tanto látigos, palas e incluso varas de hierro eran utilizadas a menudo con este fin, cuenta que estaba permitido el infanticidio y el abandono de niños/as y que hasta el siglo XVIII los niños eran considerados impuros y se los identificaba con sus excrementos. En esta época y hasta muchos años después no se tenía en cuenta lo importante del juego para el desarrollo del niño.

Por otro lado Ariès, Ph., (citado por Graffigna, E., 2012) afirma que no había infancia en la Edad Media, señala que las niñas eran aceptadas y criadas en la vida doméstica y preparadas para su función reproductora en el matrimonio y los niños una vez que lograban adquirir sus capacidades psicomotoras eran integrados a la sociedad, en esta época no existían diferencias entre los niños y los adultos, los niños eran considerados adultos jóvenes y por ende vivían todos mezclados. Según Graffigna, E., (2012) es en los finales del s. XVII que se dan 2 cambios importantes, el primero fue en la familia, ya que esta pasó a ser un ámbito de amor entre los esposos y estos con sus hijos, el segundo cambio se da cuando aparece la escuela como un ámbito de encierro para disciplinar y educar a los niños para que estos no vivan mezclados con los adultos, son estos dos cambios los que marcan el surgimiento de la categoría infancia en el capitalismo industrial.

Al investigar sobre el tema del abuso sexual infantil (ASI) llegamos a la autora Intebi, I., (1998) quien expone que la mayor objeción de Aristóteles a la idea que planteaba Platón sobre que los niños estuvieran en el mismo espacio común que los adultos, era que cuando los hombres tuvieran relaciones con los muchachos no sabrían diferenciar si estos serían sus propios hijos, para Aristóteles esto constituía “el colmo de la indecencia” (p.70).

Hallamos datos referentes a que este abuso ha existido a lo largo de los siglos, por ejemplo en Grecia y en Roma los hombres mayores podían alquilar jóvenes para prácticas sexuales. Lloyd de Mause (citado por Baita, S., & Moreno, P., 2015) cuenta que en el s. XVIII se solía castrar a los niños para ser llevados a los burdeles, y que los judíos creían que copular con menores de 9 años no era un acto sexual y por este motivo no era castigado. Pasando el tiempo, al llegar el Cristianismo se comienza a pensar al niño de forma diferente, pasó a estar “considerado como un ser puro e inocente, alejado del conocimiento y la comprensión de los placeres carnales” (p.14).

En el s. XVII se comenzó a reprobar moralmente el contacto sexual con niños pero era responsabilidad del propio infante detener estas prácticas sexuales, es en este momento donde se comienza a pensar de forma diferente respecto a la violencia física y sexual sobre los menores pero esto no logra hacer un gran cambio en las prácticas ya instaladas. Fue recién a fines del s. XIX, en Estados Unidos, cuando se descubre el caso de la niña Mary Ellen quien era maltratada por sus cuidadores y logró ser rescatada gracias a una ley que protegía a los animales, siendo este el inicio de la protección hacia los niños. También en este siglo pero en Inglaterra el abuso sexual y la violación estaban unidos a la pobreza, resguardando así la estricta moral de las clases altas, no porque en las clases altas no existieran, sino porque estos casos se

protegían y se ocultaban. Fue a fines de este siglo cuando las feministas y reformistas promovieron la idea de que los abusos sexuales y el incesto ocurrían en todas las clases sociales, y fue en 1908 cuando se criminalizó por primera vez un caso de incesto en Gran Bretaña.

El estudio de los diferentes malos tratos de la infancia comienza en la década del 1950, con Lloyd de Mause y Henry y Ruth Kempe. Es en la segunda mitad del s. XX con los trabajos del pionero Henry Kempe cuando por fin se comienza a definir el maltrato infantil. Kempe es el autor del Síndrome del niño apaleado o maltratado, de 1962. Según Tuana, A., (2013) este término fue en su inicio acuñado para designar las manifestaciones clínicas de los niños con maltrato físico grave. Es durante esta mitad de siglo que se da un gran giro sobre el concepto infancia, en 1948 surge la Declaración Universal de los Derechos Humanos, luego el 20 de noviembre de 1959, la Declaración de los Derechos del Niño y posteriormente, en 1989, La Convención Internacional sobre Derechos del Niño (CDN) que Uruguay ratificó en 1990, es en este documento precisamente en artículo 34, donde se expresa que los Estados deben hacer todo lo posible para proteger a los NNA contra la pornografía, la prostitución, el sexo ilegal y demás formas de abuso.

En el año 2000 se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, en el que se desarrolla todo lo concerniente a la venta y prostitución de niños y a la pornografía infantil. Es en este período de la historia, proceso que se consolidó a partir de los años 90, en el cual se reconoce a niños/as como sujetos de derecho incluyéndolos como ciudadanos/as y haciendo que los adultos se responsabilicen por ellos. Es en este momento donde parece comenzar la toma de conciencia. Surge la necesidad de proteger a niños y niñas y de ayudarlos a que puedan contar con las adecuadas condiciones para su desarrollo futuro, protección que involucra al Estado como garante.

Desde el año 1996 se han realizado 3 congresos mundiales contra la Explotación Sexual Comercial de NNA, el primero con sede en Estocolmo, Suecia en 1996, el segundo en Yokohama, Japón en el año 2001 y el tercero tuvo sede en Río de Janeiro, Brasil en el año 2008, desde el 25 al 28 de Noviembre.

Rostagnol, S. & Grabino, V., (2007) refieren que en el II Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial, se puso el acento en la demanda:

En Uruguay, el terreno fértil para la existencia de la prostitución infantil lo constituye una legislación débil, la corrupción (policial y judicial), instituciones no continentadoras, la violencia de género, especialmente intrafamiliar (que genera violencia social y naturaliza el recurso de la fuerza y la impunidad), una relación de generalizada

dominación masculina (especialmente en los mandatos culturales) y la vulnerabilidad social (pobreza, exclusión del sistema educativo, etc). (p.109)

El realizado en Yokohama hizo énfasis en la figura del explotador sexual haciendo hincapié en la necesidad de profundizar y producir conocimientos sobre aquellas personas que consumen sexo con niños/as y adolescentes.

Es en el tercer Congreso donde se aprobaron cuestiones relacionadas con la demanda del mercado del sexo con NNA y el papel que desempeña la masculinidad en la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNNA). A dicho congreso asistieron unas 3500 personas de 170 países, alrededor del 10% de estas personas eran niños, niñas y adolescentes y la mitad de estos procedían de Brasil. Se centró en 5 temas principales siendo estos, las formas de explotación sexual de NNA como la trata con fines de explotación sexual, la prostitución de NNA, etc.; los asuntos legales relacionados al tema de la explotación sexual; hacer que las políticas intersectoriales puedan funcionar trabajando juntas; el papel de los negocios, bancos y empresas. Se intentó saber que pueden hacer estos para acabar con la explotación sexual de los NNA y se abordó el tema de que los gobiernos, las organizaciones y los grupos trabajen juntos a nivel internacional. De este Congreso se desprende el Pacto de Río de Janeiro para prevenir y detener la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes. Este pacto es un resumen de todo lo discutido y se espera que todos los gobiernos presentes lo cumplan.

Siguiendo con el tema Fallas, Garro, Méndez, Rojas & Zúñiga (citados por De Joan, G., 2015) refieren que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la ONU (Organización de las Naciones Unidas) se plantean lineamientos que rigen a los Estados Miembros (Uruguay es uno de ellos), siendo estos los principales responsables de hacer efectivos los derechos y libertades de sus pueblos.

Como menciona Molina, M., (2008) en nuestro país, más precisamente en Montevideo en el año 2004 se realizó, convocado por el Instituto Interamericano del Niño (IIN), organismo especializado de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Embajada de los Estados Unidos de América en Uruguay, un encuentro entre representantes de Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia y Chile. De acá surgió la declaración “Hacia una Estrategia contra el Tráfico de Niños y la Pornografía Infantil en Internet”, donde se aclaran las normativas básicas para la prevención, investigación y penalización de la explotación sexual comercial de NNA y la posible atención y protección de las víctimas.

En el mismo año en nuestro país se aprueba la Ley N 17.815 de violencia sexual comercial o no comercial cometida contra niños y adolescentes o incapaces, y se crea en Uruguay el Comité Nacional para la erradicación de la explotación sexual comercial y no comercial de la niñez y la adolescencia (CONAPEES). Así mismo La Mesa Interinstitucional de combate a la trata de mujeres con fines de explotación sexual, comienza en 2008 a actuar investigando, capacitando y sensibilizando funcionarios públicos y de la sociedad en general, elaborando protocolos, campañas públicas y seminarios respecto al tema.

Los autores Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C., (2000) afirman que los malos tratos hacia la infancia han estado presentes a lo largo de la historia, que se han dado en todas las sociedades y en todos los estratos sociales, que son un problema universal y complejo, y el resultado de la interacción de varios factores, como ser factores individuales, familiares, sociales, y hasta pueden llegar a causar la muerte de la víctima.

Como vemos el concepto de infancia a lo largo de la historia ha sufrido grandes transformaciones, al comienzo no se lo consideraba tan siquiera como categoría, estaba totalmente invisibilizado, llegando al día de hoy donde los niños son considerados sujetos de derechos.

DEFINICIÓN DE MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

Para poder conceptualizar al ASI, debemos partir de la definición de violencia, según el Diccionario de la Real Academia Española “violencia (Del lat. Violentia), es calidad de violento, acción y efecto de violentar o violentarse, acción violenta o contra el natural modo de proceder, acción de violar a una mujer”, la definición de abuso sexual señala “delito consistente en la realización de actos atentatorios contra la libertad sexual de una persona sin violencia o intimidación”.

No contamos hoy en día con una única definición de lo que es abuso sexual infantil, por un lado Kempe (citado por López, P., 2005) define:

La implicación de un niño o de un adolescente en actividades sexuales ejercidas por los adultos y que buscan principalmente la satisfacción de éstos, siendo los menores de edad inmaduros y por tanto incapaces de comprender el sentido radical de estas

actividades y por lo tanto de dar consentimiento real. Estas actividades son inapropiadas a su edad y a su nivel de desarrollo psicosexual y son impuestas bajo presión por la violencia, la amenaza, el chantaje o la seducción y transgreden tabúes sociales en lo que concierne a los roles familiares. (p. 28)

Con respecto a esto Calvi (citado por De Joan, G., 2015) menciona que el abuso sexual es una problemática que está atravesada por los dispositivos de poder e ideológicos y por los paradigmas teóricos.

Según la OMS (citado en Intebi, I., 2011) el abuso sexual infantil se define como:

Involucrar a un niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que transgredan las leyes o las restricciones sociales. El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño y un adulto, o entre un niño y otra persona que por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades, cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona, abarcan pero no se limitan a la inducción a que un niño se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas. (p. 17)

Calvo, L., (2002) por su parte, nos recuerda que la Convención de los Derechos del Niño (CIDN) establece que:

La libertad que un niño necesita para desarrollar sus capacidades intelectuales, morales o espirituales requiere entre otras cosas, un medio ambiente sano y seguro, acceso a la atención médica, educación, y normas mínimas en materia de alimentación, vestido y vivienda. Establece el derecho del niño de ser autor de su propio desarrollo, expresar opiniones y hacerlas valer en la adopción de decisiones relativas a su vida. (p.55)

Gonzales, D. & Tuana, A., (2011) refieren que la Convención de los Derechos del Niño “rompe con el pensamiento patriarcal y adultocéntrico e impone una nueva forma de posicionarnos frente a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos” (p.30). Estas autoras plantean que la categoría género nos permite analizar los modelos de socialización de una cultura y visualizar como se han ido estableciendo los roles y mandatos culturales para hombres y mujeres, esto deja al descubierto la forma en que se ha distribuido el poder en nuestra sociedad. Plantean que el paradigma de

la sexualidad construido en función de la masculinidad, genera desventajas e inequidades en la sociedad, siendo el responsable de la violencia y la victimización de la que son víctimas las mujeres y los NNA, ya que a estos últimos se los ha reducido a objetos que pueden ser adueñados, y es por esto que son las mayores víctimas de abusos sexuales.

Para Tuana, A., (2013) la violencia basada en el género se centra en el patriarcado, siendo este un sistema que coloca al hombre por encima de la mujer y le da derechos y privilegios exclusivos a los hombres. Esta autora expone que “la discriminación de edad en nuestra cultura pone a la infancia y la adolescencia en lugar de objetos de posesión y tutela del mundo adulto” (p.23).

Tal como lo explica Molas, A., (2002) el ser adulto, hombre, gozar de mayores ingresos económicos y mayor fuerza física son elementos socialmente compartidos que facilitan el desequilibrio de poder.

En consonancia con lo planteado, González, D., (2011) afirma que al categorizar a los NNA como incapaces y al estos no tener como expresar su voluntad con un respaldo jurídico en que apoyarse, han quedado encerrados en el silencio y en el ámbito privado sometido al dominio de los adultos. Dicho autor hace referencia a los actuales derechos que tienen los NNA aclarando que es debido a ellos que los adultos deben ceder parte de su poder al mundo de los niños.

Loredo Abdalá (citado por Carreño, C., & Rey, A., 2010) al hablar sobre el maltrato infantil, afirma que es una enfermedad social, que se origina en numerosas causas, con influencias graves en la escolaridad y socialización del niño.

Con respecto al ASI Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C., (2000) proponen que lo que define al abuso sexual es la asimetría entre los participantes y la presencia de la coacción que puede presentarse de forma explícita o implícita.

Sumamente relevante es la concepción de la OMS al precisar que el maltrato infantil es un problema mundial y sus consecuencias pueden durar toda la vida, las consecuencias negativas no afectan solamente al niño abusado sino a toda la sociedad ya que por los problemas sociales y laborales que esto acarrea, los costos de atención a la salud física y mental, la pérdida de productividad, de días laborales, la incidencia en el rendimiento escolar y académico hacen que se vea retrasado el desarrollo económico del país (OMS, 2014).

Baita, S., & Moreno, P., (2015) por su parte citan el Acta para la Prevención y el Tratamiento del Maltrato Infantil de los Estados Unidos (U. S. Department of Health and Human Services, 2010). Según estas autoras esta es una definición abarcativa, en ella se considera al Abuso Sexual Infantil como:

- a) la utilización, la persuasión, la inducción, la seducción o la coerción de un niño o niña para realizar (o participar de), incluida la ayuda a otra persona para el mismo fin, cualquier tipo de conducta sexual explícita, o la simulación de dicha conducta con el fin de producir una representación visual de esta, o
- b) la violación, el tocamiento, la prostitución o cualquier otra forma de explotación sexual de un niño o niña, o el incesto. Se entiende por incesto el Abuso Sexual cometido dentro del ámbito familiar por una persona que ocupa un rol parental. (U. S. Department of Health and Human Services, 2010)

El maltrato infantil puede darse de diferentes formas, maltrato físico, maltrato emocional (psicológico y verbal), abuso sexual, abandono, negligencia física, negligencia emocional, síndrome de Munchausen por poderes, ser testigos de violencia parental, maltrato prenatal, maltrato institucional, explotación sexual con fines comerciales y por último explotación laboral.

Muchas veces los NNA maltratados no sufren sólo un tipo de violencia, sino varias de forma simultánea. El niño que es víctima de este maltrato cuenta con un factor de riesgo para convertirse en víctima de más tipos de maltratos a manos de otras personas.

Zamalvide, G., (2014) refiere que “el ASI se construye como un fenómeno multicausal en el que se intrincan factores vinculares, familiares, socio-culturales e históricos que exigen su inclusión en el abordaje” (p. 14).

El National Center of Child Abuse and Neglect (citado por Zamalvide, G., 2014) define el abuso sexual como “contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona” (p. 14).

Cuando los NNA son sometidos a la voluntad de un ofensor sexual no pueden comprender realmente la naturaleza de lo que pueden llegar a consentir, y aun así temen las posibles consecuencias porque estas involucran una pérdida relacionada con su propia persona y/o con otras personas cercanas. Para que el abuso sexual infantil pueda ser llevado a cabo debe existir asimetría entre los participantes, en referencia a esto Ochotorena y Arruabarrena (citados por Baita, S., y Moreno, P., 2015) plantean que hay 3 tipos de asimetría presentes en todo acto sexualmente abusivo: una asimetría de poder, que puede derivar de la diferencia de edad, roles y/o fuerza física, y de la capacidad de manipulación psicológica que tenga el adulto, dejando así al NNA en total estado de vulnerabilidad y dependencia. Una asimetría de conocimientos, por ejemplo conocimientos sobre la sexualidad, y por ultimo una

asimetría de gratificación, ya que el abusador busca solo su propia gratificación sexual y esto no se relaciona con la necesidad de la víctima.

FACTORES DE RIESGO PARA EL ASI

Continuando con el desarrollo del trabajo considero importante tener bien en claro y presentes los posibles factores de riesgo que existen y que pueden dar lugar a que se lleve a cabo el ASI, ya que la valoración de estos factores es muy importante para las posibles intervenciones en las situaciones de violencia hacia la infancia. Los factores de riesgo son aquellas variables que incrementan la posibilidad de que determinado evento suceda. Estos factores son: presencia de un padrastro, falta de cercanía en la relación materno-filial (en los casos en que el ofensor no es la madre), madres sexualmente reprimidas o punitivas, padres poco afectivos físicamente, insatisfacción en el matrimonio, violencia en la pareja, falta de educación formal en la madre, bajos ingresos en el grupo familiar, abuso de alcohol o drogas e impulsividad y tendencias antisociales por parte del ofensor, antecedentes en los adultos de maltrato físico y/o abuso sexual, negligencia afectiva en la infancia o haber sido testigo de la violencia de un progenitor a otro, discapacidad psíquica en el progenitor no ofensor, dificultades en el control impulsivo del adulto ofensor, relaciones familiares con un marcado funcionamiento patriarcal y un fácil acceso a las víctimas.

Así mismo los factores de riesgo para un ASI desde el punto de vista social y comunitario son: alta tolerancia a la violencia sexual en la comunidad en que se habita, políticas y leyes débiles relacionadas con la igualdad de género, altos niveles de tolerancia al delito en general, normas y comportamientos sociales que apoyan la violencia sexual, la superioridad masculina y su derecho al ejercicio absoluto de su sexualidad, y la sumisión sexual femenina, aplicación de penas mínimas a los agresores sexuales, fracaso en los programas de sensibilización social relacionados con el tema, involucramiento de las fuerzas de orden y control en actitudes delictivas o pasividad excesiva ante estas que favorece la circulación de niños/as y adolescentes por circuitos locales de explotación sexual con fines comerciales.

Las autoras Baita, S., y Moreno, P., (2015), plantean los factores de riesgo asociados a los NNA, estos son que a menor edad es más fácil que el niño pueda ser involucrado por el adulto en conductas sexuales que no comprenda, muchas veces a través de juegos. Por otro lado, su dependencia respecto a los adultos es mayor en el

plano emocional y físico, otro factor de riesgo es que el niño presente alguna discapacidad física o mental, lo que lo coloca en situación de mayor vulnerabilidad, o que el niño/a ya haya sido víctima de abuso sexual, el ser niña también es un factor de riesgo ya que las estadísticas mundiales dan cuenta de que la prevalencia del ASI sobre niñas es mayor que sobre varones.

Del Molino, C., Goicoechea, P., & Nández, A., (2001) suman dentro de los factores de riesgo para el maltrato infantil la falta de red de apoyo psicosocial, aislamiento social de la familia, desempleo o pobreza, falta de reconocimientos de los derechos del niño como persona, y la aceptación social de pautas como ser el castigo físico.

CLASIFICACIÓN DEL ASI

El abuso sexual infantil puede dividirse en dos categorías según la relación que tenga el ofensor con su víctima, intrafamiliar y extrafamiliar. Esta clasificación resulta de utilidad a la hora de adoptar las medidas de protección de la víctima. En el abuso sexual intrafamiliar se incluyen todas las personas que conforman el grupo familiar biológico, político o adoptivo, nuclear y extenso: padres, padrastros, madres, madrastras, hermanos/as, primos/as, tíos/as, abuelos/as, en la categoría abuso sexual extrafamiliar se incluyen a todas las personas que no conforman el grupo familiar del niño, pero que tienen suficiente acceso a este como para cometer el ASI a lo largo del tiempo. Como mencionan Baita, S., y Moreno, P., (2015) el gran número de casos de abusos se dan en el contexto intrafamiliar y es por esto que se vuelve difícil su detección y la posible intervención, especialmente cuando el abusador es un progenitor como ser madre o padre. En los casos en que el ASI se da dentro del hogar, los niños no tienen la opción de escapar ya que dependen exclusivamente de los adultos que abusan de ellos, en estas situaciones de abuso, el adulto no ofensor juega un rol muy importante a la hora del posible develamiento, e influirá positiva o negativamente en el pronóstico de recuperación del niño. En ocasiones el adulto no ofensor, generalmente la madre, tiene conocimiento del abuso que se está cometiendo y calla, lo que la puede llevar al silencio es el pánico a la pareja, o el miedo a desestructurar la familia. En otros casos el estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola la familia pueden provocar este silencio.

En el caso de los abusos sexuales extrafamiliares, autores como Barudy, J., (citado por Pereda, N., 2009) distinguen entre perpetradores desconocidos y perpetradores conocidos por el niño y su familia. En el grupo de los perpetradores desconocidos encontramos a los pedófilos clásicos, que encuentran placer sexual al involucrarse exclusivamente con niños y que los contactan en lugares cotidianos del niño o por medio de internet. El segundo grupo está compuesto por las personas que conocen a su víctima, y esto les sirve para entraparlo en el abuso. Los ofensores de este segundo grupo son los que cuentan con mayores oportunidades de que el abuso prospere ya que tienen la familiaridad y la confianza del niño y de su familia, es esta misma confianza la que hará que los NNA se sometan a mantener el abuso en secreto.

Del Molino, C., et al. (2001) mencionan que dentro del ASI encontramos las siguientes categorías: abuso sexual, 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 (es explotación sexual infantil cuando el abusador persigue un beneficio económico, engloba la prostitución y la pornografía infantil). Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil, dentro de la explotación sexual infantil existen diferentes modalidades: tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil, prostitución infantil y pornografía infantil. La explotación sexual es una forma de violencia de género y una expresión de un sistema de dominación adultocéntrico ya que son los NNA las víctimas de los adultos, y juega un rol fundamental la asimetría de poder.

Para definir el abuso emocional o simbólico, tomamos a Escobal, A., Molas, A., Solari, M., Traversa, F., & Tuana, A. (2000) quienes aportan que es la utilización de violencia simbólica en el intento de control del agresor sobre su víctima. El objetivo del mismo es la desvalorización del otro como forma de aniquilamiento de la autoestima. Incluye el insulto, la amenaza, la ridiculización, el enjuiciamiento constante y el grito. El abuso emocional puede ser activo (sobre exigir al niño a que sea el mejor, presionarlo para el éxito constante), o pasivo (abandono emocional, no brindar el apoyo ni el afecto necesarios), esta forma es la más difícil de visualizar socialmente.

Beigbeder, C., (citado por Ampudia, A., Eguía, S., & Santaella, G., 2009). afirma que todo tipo de maltrato de niños y niñas se acompaña de maltrato psicológico, este se clasifica en: leve (cuando es reparable en un corto tiempo de tratamiento), moderado (cuando requiere una intervención prolongada en el niño y su familia), y

grave (aquel que no tiene retroceso y sus secuelas acompañan a la víctima de por vida)

Según el Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de Niños (Estocolmo, 1996), dicha explotación sexual comercial de los niños es una violación fundamental de sus derechos, esta comprende el abuso sexual por adultos y la remuneración en metálico o de cualquier otra forma al niño o niña o una tercera persona o a varias. Puede o no existir un tercero, individuo u organización que actúe como intermediario y obtenga beneficios de esa intermediación. En la ESCNNA el niño es tratado como un objeto sexual y/o una mercancía.

Rostagnol, S. & Grabino, V., (2007) refieren que la trata de niños, niñas y adolescentes con fines de explotación sexual comercial ocurre cuando una persona menor de edad es trasladada localmente de una región a otra, o de un país a otro para someterla a cualquier forma de explotación sexual comercial.

Según SENAME (2000) la explotación sexual es cualquier actividad en la que una persona use el cuerpo de un niño o adolescente para sacar provecho sexual y/o económico apoyándose en una relación de poder. Un explotador sexual es el que ofrece a otro la utilización del niño (proxeneta y redes) y también el que mantiene el contacto con la víctima (clientes), sin importar si la relación es de carácter ocasional, frecuente o permanente.

Existe Save de Children, una alianza internacional de organizaciones no gubernamentales que trabaja en la promoción y defensa de los derechos de los niños y niñas, y afirmando que el maltrato infantil no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores, en muchos casos esa interacción dará lugar a uno o más tipos de maltrato.

ABUSADORES SEXUALES

Baita, S., & Moreno, P., (2015) afirman que los abusadores sexuales pueden elegir indistintamente niños/as o adolescentes de ambos sexos, que pueden tener predilección por niños de determinado sexo, que pueden abusar de sus hijos biológicos y de hijos ajenos, que dentro del mismo grupo familiar pueden abusar de todos los niños o solo de alguno específicamente, que pueden abusar de niños no pertenecientes a su grupo familiar y que las mujeres también pueden ser abusadoras

sexuales. Estas personas son pertenecientes a todos los estatus socioeconómicos, y no es requisito indispensable que hayan ingerido alcohol y/o estupefacientes, si bien es cierto que estos actúan como desinhibidores de los impulsos.

Los abusadores sexuales, expresa Intebi, I., (1998) pueden o no tener antecedentes de violencia, esta autora hace referencia al motivo por el cual se nos vuelve difícil llegar a detectar una mujer abusadora sexual, aclarando que es de orden ideológico ya que se nos hace inimaginable una mujer abusando sexualmente de un NNA a quien debería de cuidar.

El ofensor sexual no actúa por impulsos, sino mediante acciones que se van dando previamente a que logre el contacto físico con el niño, esto le irá ayudando a ver la permeabilidad que presenta su víctima. Teniendo en cuenta que los agresores pueden tener diversos grados de relación con los NNA, López, F. (1999) refiere que un 43% de los abusos son cometidos por agresores desconocidos, un 33% por personas conocidas por la familia pero sin relación especial, un 8% por amigos de la familia, un 11% por familiares, y un 5% por educadores.

Murphy y colaboradores (citados por Baita, S., & Moreno, P., 2015) refieren que los ofensores sexuales infantiles son un grupo diverso, y que presentan un rango de disfunción psicológica que va de ninguna a severa, y una variedad de patrones de excitación sexual que va de normal ha desviada.

A continuación se expone la clasificación que realizaron Jiménez, C. & Alonso, C., (2006) de los abusadores sexuales según el grado de desarrollo y adaptación psicosexual en 2 tipos, por un lado los pedófilos (abusadores primarios) y por otro los abusadores secundarios u ocasionales. Según los autores los primeros por lo general se interesan sexualmente en los niños debido a experiencias propias de abuso sexual en la infancia, son compulsivos, tienen intereses similares a los de los niños debido a un escaso desarrollo global de la personalidad y no suelen tener buenas relaciones con sus pares. Para dichos autores los pedófilos creen que sus actividades sexuales con niños son adecuadas, esto se basa en que padecen de distorsiones cognitivas. En cambio los abusadores secundarios u ocasionales que tienen contactos aislados con menores, ocurriendo estos principalmente en momentos de estrés y de soledad, son personas por lo general heterosexuales y que tienen relaciones con sus pares, pero estas relaciones están alteradas, sufren de disminución de apetito sexual con su pareja, impotencia, etc., es por esto que los abusos a NNA los ayudan a compensar su autoestima y son una liberación de hostilidad. Estas personas sí son conscientes

que las actividades sexuales con niños no son normales y es por esto que pueden experimentar vergüenza o culpa.

En consonancia con lo planteado Casas, A., (2006) relata que un 50% de los abusadores comienzan con los abusos antes de cumplir sus 16 años, y que forman parte de un grupo heterogéneo, no hay un perfil específico, suelen tener vidas sociales, laborales y familiares comunes. Menos del 10% de los hombres que violentan sexualmente a niños tienen una patología psiquiátrica diagnosticada, se sabe que en el caso de las abusadoras de sexo femenino es un número mayor el porcentaje que sí los presenta. Los abusadores suelen tener un sistema de creencias basado en mitos culturales sobre la masculinidad, dificultades para expresar sentimientos, suelen encontrarse emocionalmente aislados, suelen tener antecedentes de maltrato de diferentes tipos en la infancia, suelen abusar de muchos niños a lo largo de la vida y suelen negar estos hechos, la responsabilidad y el impacto en las víctimas. Los ofensores sexuales de niños difícilmente piden ayuda, recurren a racionalizaciones para intentar explicar su conducta, no presentan empatía por la víctima y suelen aceptar algún tratamiento cuando es bajo presión.

Por su parte Monarres, J. (citada por Cacho, L., 2005) refiere que los abusadores sexuales no son ni psicópatas, ni monstruos, ni bestias, sino que son hombres con poder sobre sus víctimas.

En palabras de López, F., (1999) los medios de comunicación suelen llamar a todos los agresores pederastas o pedófilos, cuando en realidad sólo un bajo porcentaje padece esta parafilia o desviación, la pederastia se da cuando una persona tiene como única o principal forma de excitación sexual a los niños, de modo que los adultos nunca son el objeto de su deseo.

Al referirse a los adultos ofensores sexuales Intebi, I., (1998) menciona que estos son manipuladores y que tienen fuertes tendencias a utilizar la negación, la proyección, la racionalización, la minimización y la parcialización como mecanismos de defensa. Siendo estos mecanismos útiles en el momento en que estos hombres cuentan los abusos cometidos mencionando solo fragmentos de lo ocurrido que suelen no ser tan comprometedores para su autoimagen, sin llegar a sentir que mienten.

En el momento de la intervención los abusadores sexuales suelen presentarse como personas normales, íntegros, por esta razón siempre se debe tener presente que esto es una estrategia de presentación para distraernos y hacernos dudar.

FASES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Cuando comenzamos a adentrarnos en el tema del abuso sexual infantil, una de las cuestiones que resultan interesantes de investigar es cómo se desarrolla y progresa la conducta sexualmente abusiva. Sabemos que el ASI está compuesto por varias fases, Perrone, R. (citado por Visir, P., 2008) describe la dinámica abusiva mediante tres conductas que utiliza el agresor para enredar a su víctima, estas son la palabra, el tacto y la mirada. La palabra tiene que ver con lo que le dice el abusador a su víctima, el tacto está vinculado con la manera en la que se acerca físicamente al niño y lo seduce, y la mirada está vinculada a como sienten los niños la fuerza de la mirada del ofensor, sienten que los “hechiza”.

El ASI se da en el marco de un proceso particular de vinculación que ocurre a lo largo del tiempo, dicha vinculación será progresiva, el adulto irá buscando lograr el acceso al cuerpo del niño y cuando lo logra abusar, este abuso puede llegar a ser completo, con penetración al igual que una relación sexual. Es por esto que el abuso sexual es un proceso y que la víctima se ve acorralada, ya que el ofensor utiliza un modo particular de relacionarse con él, puede emplear o no la violencia física explícita, solo amenazas o puede usar la violencia emocional solamente.

El comienzo de este vínculo por lo general aparece confuso y sin límites claros debido a que los intentos del adulto ofensor por lograr el sometimiento del niño se mezclan con lo cotidiano, este vínculo se irá formando desde conductas menos intrusivas a más intrusivas y cuanto menor sea la edad de la víctima le será más fácil al abusador lograr su cometido, ya que este no podrá comprender la situación.

DESARROLLO DE LA CONDUCTA ABUSIVA

Las conductas sexuales abusivas se caracterizan por ser conductas progresivas, a continuación se detallan las conductas que constituyen un ASI: utilización del niño y/o su cuerpo desnudo para la obtención de material pornográfico aunque no haya contacto directo del adulto con su víctima, tocar al niño en sus genitales, zona anal y/o pechos, por encima de la ropa o por debajo de ella, hacer que el niño toque al adulto en sus genitales, zona anal y/o pechos (en caso de mujeres ofensoras), por encima de la ropa o por debajo de ella, contacto oral-genital del adulto al niño, contacto oral-genital del niño al adulto, contacto genital del adulto sin penetración (frotamientos

contra el cuerpo del niño con el objetivo de lograr excitación sexual y eventualmente un orgasmo, penetración vaginal y/o anal con el dedo u objetos, coito.

Las conductas sexuales abusivas no siempre son tan evidentes, muchas veces se manifiestan de forma encubierta, como por ejemplo mantener conversaciones con la víctima sobre su sexualidad y/o la sexualidad del adulto pidiendo y/o aportando detalles explícitos, y/o haciendo preguntas directas e íntimas, esto lo hace el ofensor para desdramatizar todo lo relacionado con la sexualidad humana, hacer chistes y/o comentarios subidos de tono sobre el cuerpo de la víctima, exponer al NNA a material pornográfico audiovisual (esta es la forma más directa y concreta de adiestramiento y preparación para el contacto físico).

Sgroi, S., (citada por Baita, S., & Moreno, P., 2015) plantea que la conducta abusiva se da a través de 4 fases. La 1era llamada fase de preparación, la 2da fase de interacción sexual, la 3era fase de develamiento, y la última fase de reacción al develamiento.

Fase de preparación: En el ASI es muy característico el cariño y la confianza que el niño siente hacia el adulto, y esto le permite al adulto hacer que el NNA caiga en la trampa, este puede utilizar el favoritismo, como forma de maniobra psicológica para que el niño crea que comparte algo especial y que él es especial para ese adulto. El abusador hace sentir mediante acciones, palabras y regalos al niño, que el vínculo que ellos tienen es diferente al que tiene con los demás integrantes de la familia, es por esto que el niño al recibir premios, regalos, etc. que otro de sus hermanos no consigue cree en que su vínculo, su relación es especial. Estas vivencias de favoritismo ayudan a que los niños/as y adolescentes se confundan deseando que el abuso deje de ocurrir pero por otro lado sienten miedo de ser arrancados de ese lugar de privilegio, y es debido al aprendizaje de este tipo de vinculación abusiva que estos NNA presentan mayores peligros de sufrir futuras revictimizaciones. Junto con la estrategia del favoritismo, el ofensor utiliza la alienación, haciendo que su víctima quede aislada de los demás integrantes de la familia, esto hace que no tenga a quien pedir ayuda, pasando a depender exclusivamente del adulto abusador. Algunas veces en que la víctima es de sexo femenino, es tratada diferente respecto de su propia madre, y esto hace que se vivan inversiones de roles y se confundan los límites intergeneracionales. El abusador a medida que pasa el tiempo va preparando, seleccionando el momento y el lugar adecuado para lograr el abuso, siempre pensando en reducir los riesgos para no ser descubierto.

Fase de interacción sexual: Es en esta fase donde el abusador logra llegar al cuerpo del niño, siendo primero a través de contactos fugaces y no demasiado intrusivos, es por esto que el tiempo que se da para pasar de un tipo de contacto a otro no se puede prever ya que algunos abusos nunca llegan a ser con relación sexual completa. Es en esta fase donde aparece el secreto como elemento fundamental sellando el pacto de silencio que el adulto necesita para seguir con el abuso. Es este secreto también el que hace recaer sobre la víctima la responsabilidad del abuso y sus posibles consecuencias, siendo esto lo que le hace creer el adulto al niño. Esta es la fase principal del desarrollo de la conducta sexualmente abusiva.

Fase de develamiento: El develamiento es el momento en que el abuso sexual sale a la luz. El abusador manipula y responsabiliza al niño por las conductas sexuales inadecuadas en las que lo envolvió, sin embargo a pesar de estas estrategias puede que el abuso sexual sea develado. Este develamiento no será a través de un único acto, sino que será un proceso. Hay diferentes tipos de develamientos, puede ser de forma accidental por ejemplo cuando el abuso es descubierto en el acto por otro adulto, cuando el niño presenta lastimaduras o enfermedades de transmisión sexual resultantes del abuso, o cuando la adolescente queda embarazada. Otro tipo de develamiento posible es el intencional, este se da cuando la víctima decide relatarlo, esta decisión puede ser por ejemplo producto del temor a quedar embarazada, el niño puede elegir contarle su vivencia al adulto no ofensor de su familia o a alguien externo como ser un amigo o su maestro, esta decisión de contar lo que le sucede puede deberse a diferentes motivos, ya sea porque son lastimados físicamente, porque están perdiendo su autonomía (esto es típico de los adolescentes), porque algún hermano se está acercando a la edad en la que él fue abusado o porque está percibiendo las mismas señales que anticipan el abuso en alguno de sus hermanos menores. Muchas veces el develamiento de los niños pequeños es a través de relatos de juegos que en realidad están describiendo los abusos que sufrieron o están sufriendo, estos niños por su corta edad lo develan accidentalmente. El develamiento también puede darse luego del divorcio si el abusador es el padre/padrastro, ya que es cuando el niño siente que no hay mayores peligros en contar la situación abusiva. El develamiento es un proceso, no un acto único y cuando aparece desata una crisis familiar, esta crisis, la intensidad, y las formas de intentar resolverlo variarán si el ofensor forma o no parte de esta familia. Las presiones a las que se ve sometido el NNA hacen que sienta que no hay salida, y esto favorece las condiciones para que se retracte de lo que dijo anteriormente. Son característicos de esta fase los comportamientos y discursos que tienden a neutralizar los efectos de la divulgación.

Reacción al develamiento: En esta fase puede aparecer la retractación de la víctima de lo que dijo anteriormente, esto suele darse cuando su familia o el adulto que debería proteger y creer en él no lo hace, o cuando el niño/a o adolescente siente que todas las amenazas que le dijo el abusador podrían llegar a cumplirse, o cuando el adulto no ofensor le dice a la víctima que no debería contar lo que sucedió a nadie que no sea de su familia más cercana.

Otros autores que han estudiado sobre las fases de vinculación en el ASI, son Perrone, R. y Martine, N., (citados por Baita, S., & Moreno, P., 2015) dichos autores hablan de la dinámica del hechizo, describiéndola como la influencia que una persona puede ejercer sobre otra sin que esta última se dé cuenta de ello. Relatan que el adulto ofensor invade el territorio de la víctima, el niño registra el comportamiento del ofensor pero carece del contexto para decodificarlo y alejarse, es así que el niño víctima va perdiendo su sentido de identidad y su lugar. Este hechizo se logra mediante tres prácticas relacionales: la efracción que es la estafa a la confianza del niño, la captación, siendo esta la apropiación del niño, y la programación que es cuando el adulto limita las posibilidades de elección y el comportamiento de la víctima.

Otro gran aporte es el de Roland Summit (citado por Baita, S., & Moreno, P., 2015) quien describió el Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil. Con este concepto el autor intenta explicar cómo y porqué el ASI puede llegar a durar años sin ser percibido y el motivo por el cual los niños/as y adolescentes callan. Detalla una secuencia de comportamientos que suelen observarse en los niños víctimas de abuso, siendo estos: 1) el secreto, 2) la desprotección, 3) el atrapamiento y la acomodación, 4) el develamiento tardío, conflictivo y poco convincente y 5) la retractación. Como del secreto ya he hablado, pasaré directo a la desprotección. 2) La desprotección está dada por las estrategias de aislamiento en que el abusador va cercando a la víctima, dejándola sin lazos de confianza, esto se ve propiciado debido a que a los niños habitualmente se les enseña a no confiar en los extraños. El secreto y la desprotección se deben dar para que el abuso sexual pueda ser llevado a cabo. 3) El atrapamiento y la acomodación surgen como resultado de la repetición crónica del ASI, la víctima siente que no tiene escapatoria ya que el abuso se da en su propia intimidad y que cada vez que lo intenta corre el riesgo de que el abusador cumpla sus amenazas. Debido a este sentimiento de no poder escapar la víctima se comienza a acomodar a la situación y lo hace mediante varias estrategias psicológicas (entre ellas la disociación). 4) Si el niño devela el abuso en medio de una crisis familiar este develamiento será poco creíble. 5) La retractación se da como consecuencia de la reacción que el niño/a o adolescente siente ante el develamiento

del abuso, esta retractación cumple con devolverle tranquilidad y alivio a la familia. Se le llama retractación a la acción de la víctima que ya ha develado el ASI, y luego se desdice, esta puede ser parcial o total. La retractación se puede atribuir a un error, minimización, desconocimiento o disociación. Cuando se da esta retractación no debe de ser entendido que el abuso sexual no ha sido cometido, sino por el contrario, es señal de una gran disfuncionalidad en la familia de la víctima.

INDICADORES PSICOLÓGICOS, FÍSICOS Y CONDUCTUALES DE ASI

El relato del niño/a o adolescente que fue o está siendo víctima de ASI constituye el principal indicador del mismo. Muchos de los indicadores psicológicos, conductuales y físicos no son específicos de abuso sexual a su vez los indicadores específicos son menos que los inespecíficos. Para asegurarnos que un indicador está asociado al ASI es imprescindible determinar el momento de su aparición, ya que estos indicadores inespecíficos también suelen ser parte de otras situaciones. A continuación se detallan los indicadores específicos descritos por Sgroi, Porter y Blick mencionados por Intebi, I., (1998): actitud de sometimiento, conductas agresivas que externalicen el conflicto, comportamiento sobreadaptado, indicios de actitudes sexuales, juegos sexuales inadecuados con niños, con juguetes o con sus propios cuerpos, conductas sexuales agresivas hacia terceros, comprensión detallada de conductas sexuales no acorde a la edad, permanencia prolongada en la escuela, mala relación con los pares y dificultades para establecer amistades, desconfianza, en especial hacia figuras significativas, disminución brusca del rendimiento escolar, falta de participación en actividades sociales y escolares, dificultades para concentrarse en la escuela, temor exacerbado a los hombres (cuando la víctima es niña y el ofensor hombre), conducta seductora con adultos, conductas regresivas, retraimiento, depresión, ideación suicida y fugas del hogar.

Otros indicadores comportamentales que pueden verse son llantos frecuentes, miedo a estar solos, resistencia a desnudarse, a bañarse, tendencia al secretismo, rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico. Tal como lo explican Losada, A. & Saboya, D., (2013) cuando los niños abusados presentan trastornos de la alimentación, suele darse que intentaron contar el abuso y no fueron escuchados, y es mediante estos trastornos que intentan adaptarse a las vivencias estresantes.

Los indicadores de un posible ASI se pueden dividir en 3 estadios evolutivos: en la edad pre escolar predominan la ansiedad, pesadillas, oscilaciones entre conducta retraída o muy impulsiva, temor, agresión, depresión, enuresis/encopresis, TEPT (trastorno por estrés post traumático). En cambio en la edad escolar lo que predomina son las pesadillas, temores, quejas somáticas, hiperactividad, bajo rendimiento escolar, conductas regresivas, TEPT. Siguiendo con los estadios es en la adolescencia donde aparecen las fugas del hogar, consumo de sustancias, abuso de alcohol, ideación suicida, intentos de suicidio, automutilaciones, conductas auto agresivas, quejas somáticas, conductas antisociales, promiscuidad/prostitución y TEPT. Debemos tener presente que es frecuente que a los adolescentes se les atribuya mayor responsabilidad ante el abuso sufrido y esto trae como consecuencia que los adultos responsables les presten menos apoyo.

Cuando hablamos de los Indicadores físicos del ASI, debemos tener en cuenta que el porcentaje de casos en los que no existen lesiones físicas permanentes y perceptibles es mucho mayor que los casos que si los presentan, según Intebi, I., (1998) se consideran indicadores físicos específicos el embarazo, lesiones en zonas genital y/o anal que no puedan ser explicadas por otras causas, enfermedades de transmisión sexual, contusión o sangrado anal o vaginal que no puedan ser explicados por otras causas y semen en la ropa o el cuerpo. No debemos olvidar que hay un porcentaje de niños asintomáticos, son aquellos que no presentan síntomas en el momento de la intervención, y como lo explica Pereda, N., (2010) son entre un 20 y un 30% de las víctimas las que permanecen estables emocionalmente tras la experiencia de abuso.

Según Jiménez, C. & Alonso, C., (2006) algunos de los indicadores de un abuso sexual son: dificultad en la marcha o al sentarse, manchas en la ropa interior (sangre o flujo), mal olor no debido a falta de higiene, infecciones genitales, picazón o escozor, enfermedades venéreas, alteraciones en el área genital, conductas sexuales impropias de la edad, como repetición de la escena de abuso, verbalizaciones realizadas de forma voluntaria cuando el NNA se decide a contar la situación de abuso, o bien de forma involuntaria cuando comenta algún detalle relacionado con los hechos. Hay que tener en cuenta que las situaciones de abuso suelen tener un carácter secreto, ya sea de forma tácita o pactada. La forma de expresión de los síntomas dependen del nivel que hayan alcanzado los recursos psicológicos del niño y de su capacidad para externalizar la angustia de forma adaptativa y eficaz.

Cuando la víctima del ASI, llega a la adultez puede presentar síntomas asociados al evento tras haber pasado por un período asintomático, esto suele verse en personas que en su debido momento no pudieron elaborar la experiencia del abuso. Cuando aparecen los recuerdos del ASI, suelen venir acompañados de inestabilidad afectiva, humor disfórico, ideas o conductas suicidas, sentimientos de rabia hacia el agresor (estos sentimientos pueden llegar a hacer que la persona revele el abuso en este momento) o deseos de venganza (es en este momento cuando no se puede descartar que la víctima se convierta en agresor).

ASI. COMO HECHO TRAUMÁTICO

Herman, J., (citada por Baita, S., & Moreno, P., 2015) plantea la diferencia entre los eventos traumáticos únicos y el trauma prolongado, refiere que los primeros se dan solo una vez y pueden ocurrir en cualquier circunstancia, mientras que los traumas repetidos y prolongados solo pueden llegar a ocurrir en situaciones específicas de cautividad, es por esto que el ASI forma parte de la segunda clasificación. Como mencionan Baita, S., & Moreno, P., (2015) una experiencia traumática es un hecho que vulnera el sentido de seguridad y bienestar de quien lo vive, dándole falsas y destructivas creencias sobre sí mismo y sobre el mundo. Dichas autoras definen al trauma como “una experiencia de estrés sin escape, que abruma los mecanismos de afrontamiento propios del ser humano y que produce síntomas no solo del orden psicológico, sino también fisiológico. El trauma altera la memoria, la percepción, la emoción, y la fisiología” (p. 214). Por su lado Terr (citado por Baita, S., & Moreno, P., 2015) describe 2 tipos de trauma, dividiéndolos en Tipo I, y tipo II. El trauma de tipo I es la consecuencia del enfrentamiento a un único evento agudo, inesperado, y pone el ejemplo de un accidente. El trauma de tipo II se caracteriza por ser la exposición crónica a eventos que se repiten y se superponen, da como ejemplo para este tipo de trauma un niño que sufre durante varios años seguidos un ASI y demás formas de maltrato, llegará un momento en que estos eventos dejarán de ser inesperados para la víctima, y es debido al momento crítico del desarrollo en que se encuentra esta persona que dejarán síntomas severos y duraderos.

Debemos tener en cuenta que como seres humanos contamos con mecanismos adaptativos que nos advierten del peligro y nos preparan para poder defendernos y es nuestro cerebro quien activa la respuesta más adecuada ante los diferentes peligros.

Estos mecanismos defensivos se activan por medio de una alarma y son 4: lucha, huida, congelamiento y sumisión. Algunos de los puntos que nos ayudan a comprender la respuesta postraumática en los niños/as y adolescentes víctimas de ASI es que las experiencias traumáticas son inherentemente complejas, siendo las respuestas de los niños diferentes según el tipo de evento traumático que deben enfrentar, según sus experiencias previas, según quien sea la persona que realiza la traumatización y la calidad del soporte familiar. Los factores fundamentales para las respuestas postraumáticas son la edad al comienzo del trauma y la duración del mismo. Los elementos que influyen en la valoración que el niño/a haga del peligro, de la protección y de la seguridad son la respuesta de la familia, de la comunidad, las características personales de la víctima y sus experiencias, los recursos y habilidades desarrollados, el temperamento y la existencia o no de alguna patología previa.

Otro punto a tener en cuenta es que los eventos traumáticos provocan otras situaciones de estrés relacionadas, por lo general desatan situaciones de crisis familiar, y esta crisis será mayor si la familia forma parte de la traumatización, como por ejemplo los casos de abusos intrafamiliares. Debemos tener en cuenta que las respuestas postraumáticas de los niños víctimas pueden ir desde el TEPT (trastorno por estrés postraumático) hasta disrupciones en el desarrollo madurativo, cuadros de ansiedad, depresión, u otros desórdenes psiquiátricos. En estos niños aspectos como el peligro y la seguridad son centrales ya que se produce una alteración en la percepción general de la seguridad y del peligro, estos niños pueden sentirse en peligro en situaciones inofensivas, o por el contrario exponerse a situaciones de riesgo sin un adecuado registro del peligro real o potencial. Por último debemos saber que hay ciertos factores de resiliencia que pueden mediatizar el impacto del trauma, por ejemplo el apoyo social.

MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS CONSECUENCIAS DEL ASI

Vázquez, B., (1995) refiere que el ASI ha intentado ser explicado desde varios modelos psicológicos, algunos de estos son por ejemplo el Modelo Sistémico, centrado en la familia y en sus mutuas relaciones, este modelo explica que el abuso, sea cual sea su forma y dirección, solo es el síntoma de una familia disfuncional. Otro es el Modelo Feminista, centrado en la noción del poder inaceptable del que goza el

hombre dentro de su entorno social y familiar, acá se busca redirigir y corregir el desequilibrio abusivo actuando a nivel social y emocional.

Por su parte Jiménez, C. & Alonso, C., (2006) mencionan que las consecuencias del ASI se han intentado explicar desde 2 diferentes modelos explicativos, el primero llamado Modelo de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), dicho modelo fue propuesto por Wolfe, Gentile y Wolfe, incluye una experiencia traumática en la que el individuo vio su vida o su integridad física en peligro y ante esta experiencia la persona reacciona con una re-experimentación mediante sueños, pensamientos, etc., evitando persistentemente todos los estímulos que estén asociados a dicha experiencia. El individuo en esta re-experimentación puede sufrir una disminución de su capacidad de respuesta afectiva y pérdida de interés por el mundo externo, también puede experimentar insomnio, sobresalto e irritabilidad. Estos autores manifiestan que este modelo no es aplicable en todas las víctimas y no explica la relación causa-efecto entre el suceso traumático y los síntomas. El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) está asociado a la exposición a un evento único, agudo, por ejemplo lo pueden desarrollar niños que sufrieron un abuso sexual extrafamiliar, con una menor duración a la exposición al trauma, en cambio si el abuso sexual ocurre dentro del ámbito familiar y tiene una duración a lo largo de los años, posiblemente en simultáneo con otros tipos de malos tratos es probable que el NNA desarrolle lo que se conoce como Trauma Complejo. Visir, P., (2008) precisa que el trauma complejo se da en niños que pasan por varios tipos de maltratos juntos como por ejemplo maltrato emocional, negligencia, abuso sexual y/o físico, o ser testigos de violencia desde muy chicos. El trauma complejo puede afectar en el apego, en la regulación afectiva, en la disociación, en el control de la conducta, en la cognición y en la percepción que el NNA tiene de sí mismo.

El TEPT se basa en 3 pilares sintomáticos: re-experimentación del trauma, evitación de todo estímulo que le recuerde el hecho traumático e hiper-activación fisiológica (ansiedad, sudoración, taquicardia y temblor).

En la re-experimentación, la cualidad inherente es la intrusión de contenidos asociados al hecho traumático, pesadillas literales y reiteradas en los más chiquitos, terrores nocturnos, flashbacks (pensamientos o imágenes intrusivas de una parte o toda la experiencia traumática), re-experimentaciones sensoriales, somáticas y perceptivas asociadas a la sexualización y emociones. El niño puede experimentar el trauma cuando juega, esto es el juego postraumático, que tiene las características de ser literal, rígido, monótono, poco flexible, sin resolución y no le produce placer jugarlo sino que hasta lo puede angustiar. El niño en esta re-experimentación queda en un

estado fisiológico similar al que vivió en el momento del trauma. En estos NNA su reacción de alerta se activa frente a determinados estímulos, por ejemplo el ruido de una puerta o la voz de alguien, suelen presentar agitación, problemas para dormir, problemas de concentración, inquietud psicomotriz, irritabilidad, llanto persistente sin causa aparente, miedo exacerbado, ansiedad de separación, problemas en el apetito y pueden re experimentar o somatizar mediante problemas en la piel.

Aparecen síntomas como entumecimiento emocional, pérdida de interés en sus actividades diarias, abulia, apatía, manifestaciones de freezing o congelamiento que si persisten pueden generar dolor de cabeza y estómago, ahogos, problemas digestivos, enuresis, encopresis, poca energía, fatiga, problemas de coordinación, sentimiento de impotencia, culpa y vergüenza, disminución de la curiosidad y la capacidad de placer y conductas regresivas.

Se debe mencionar que el estrés postraumático ha sido tomado por varios autores como marco explicativo, sin embargo, otros como por ejemplo Finkelhor y Vazquez Mezquita nos hablan de las limitaciones de este modelo.

El segundo modelo explicativo es el Modelo Traumatogénico, propuesto por Finkelhor, D., este es considerado un modelo dinámico y comprensivo, está orientado a explicar el conjunto de síntomas relacionándolos con la experiencia traumática.

Browne, A. & Finkelhor, D., en 1987, elaboraron una completa explicación del impacto traumático específico del ASI, aclarando que las dinámicas traumatogénicas son una experiencia que altera la orientación del niño hacia el mundo, cognitiva y emocionalmente, esto hace que se distorsione el concepto de sí mismo, su cosmovisión y sus capacidades afectivas. Este Modelo pronostica un amplio rango de problemas de conducta de la vida adulta, contrastando con el Modelo de Estrés Postraumático.

El Modelo Traumatogénico, refiere que luego de pasar por el abuso, el comportamiento de la víctima se puede explicar desde 4 componentes:

1) Sexualización traumática, este componente se relaciona con la alteración en el desarrollo evolutivo de la sexualidad del niño cuando un adulto lo insta a realizar conductas inapropiadas para su edad y además lo recompensa por esto, esta situación hace que el niño termine con un inadecuado aprendizaje de la sexualidad, desviándole las concepciones de la moral sexual y de la propia sexualidad. El ofensor irá recompensando al NNA cuando este acepta esta conducta, es debido a esto que las víctimas aprenden que la sexualidad sirve para obtener beneficios. El impacto psicológico y conductual se manifiesta en el aumento del interés por cuestiones sexuales, confusión acerca de la identidad sexual y de la sexualidad normal, confusión

de sexo con amor, la víctima hará asociaciones negativas relacionadas con la sexualidad, será hostil al contacto o intimidad sexual, aparecerán preocupaciones sexuales y conductas sexuales compulsivas agresivas consigo mismo o con los demás, actividad sexual precoz, promiscuidad y disfunciones sexuales.

2) Traición, pérdida de confianza relacional, este componente apunta a que el niño se siente manipulado, traicionado o amenazado y pierde la confianza en el agresor, esto puede traer arrastrados más conflictos cuando este agresor sexual es a la vez una persona significativa para su víctima. Cuando el abusador es a su vez la figura protectora para el niño, esto hace que se mantenga el secreto mediante amenazas, se crea un doble trato con este adulto, una doble vida, por un lado las conductas sexualizadas y por el otro las que se dan fuera de este ámbito. Aquí el impacto psicológico y conductual se manifiesta en los síntomas de depresión, desconfianza, hostilidad, extrema dependencia de los adultos y aislamiento.

3) Estigmatización, es el sentimiento de culpa, vergüenza, sentimiento de pérdida de valor, sentimiento de que esta situación solo le pasa a él o ella, es a través de estos sentimientos que la víctima se siente marcada para el resto de su vida y percibe que las demás personas sienten eso mismo hacia él y que la rechazan por esto, se refiere a los mensajes negativos que el niño recibe sobre sí mismo de parte del ofensor y del grupo familiar, en especial los mensajes referidos a las conductas sexuales, “los provocaste”, “sos sucio”, “es tu culpa”, a través de esto el niño se va responsabilizando por el abuso sufrido, siente vergüenza, culpa, baja autoestima, y se siente diferente a los demás. Aparece la ideación suicida o conductas suicidas, aislamiento, autoagresiones, abuso de sustancias y criminalidad.

4) Sometimiento, sentimiento de pérdida o ausencia de control sobre el medio (locus de control externo), el niño siente que debe detener el abuso pero no puede hacer nada, esto lo frustra y le genera más dependencia y desesperación ya que no puede escapar, siente que no tiene control sobre el mismo y que no sabe reaccionar ante estas situaciones, es debido a esto que el niño se siente indefenso, temeroso y se vuelve pasivo y retraído socialmente. Las víctimas quedan muy vulnerables y las consecuencias psicológicas y conductuales se manifiestan en ansiedad, temor, fobias, somatizaciones, pobre sentimiento de eficacia, percepción de sí mismo como víctima, necesidad de control, identificación con el agresor, pesadillas, trastornos del sueño, trastornos disociativos, problemas escolares, fugas, depresión, conductas agresivas y delincuencia.

Es la conjunción de todas estas dinámicas lo que vuelve al trauma del ASI único porque afecta las capacidades afectivas y la visión del mundo y de sí mismo.

Las áreas afectadas y los síntomas en el trauma complejo son los siguientes: alteraciones en la regulación de las emociones como ser disforia, impulsos suicidas, autolesiones, ira explosiva o extremadamente inhibida, sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida, alteraciones de la conciencia por ejemplo amnesia de acontecimientos traumáticos, episodios disociativos, despersonalización, desrealización, revivir experiencias como síntomas intrusivos o como preocupación reflexiva, alteraciones en la percepción de sí mismo como ser sensación de indefensión, vergüenza, culpa, sensación de estigma, sensación de absoluta diferencia con respecto a los otros (soledad), alteraciones en la percepción del perpetrador, la víctima siente preocupación por la relación con el perpetrador, le atribuye de forma no realista poder total al perpetrador, idealización o gratitud paradójica, aceptación del sistema de valores del perpetrador, alteraciones en la relación con los demás, aislamiento, perturbación en las relaciones íntimas, búsqueda constante de un rescatador, desconfianza persistente, fracasos repetidos de autoprotección mayormente en la pubertad y la adolescencia, alteraciones en el sistema de significado, pérdida de fe en probables fuentes de apoyo y sensación de desesperación.

La perspectiva psicotraumatológica permite observar manifestaciones postraumáticas en la entrevista con la víctima y también permite complementar la mirada global del niño y poder entender el nivel de afectación que la experiencia traumática le dejó.

Uno de los estudios que se realizó para evaluar el abordaje de tratamiento del trauma, fue el realizado por Gómez, J., Jarero, I., & Roque-López, S., (2014), donde evaluaron el abordaje del trauma en 34 niños y niñas víctimas de violencia interpersonal severa (por ejemplo violación, abuso sexual, violencia física y emocional, etc.), de este estudio se desprenden planteos referidos a que con víctimas que presenten TEPT lo más adecuado sería una aproximación multi-componente y en fases, la primera fase focalizada en la seguridad del paciente, la estabilización de los síntomas y el mejoramiento de sus competencias básicas de vida, la segunda fase incluirá la exploración de las memorias traumáticas, para poder reducir la perturbación emocional aguda causada por esas memorias, y posteriormente re-evaluar su significado, para integrarlas en una identidad positiva y coherente. A estos niños se les aplicó el protocolo grupal e integrativo con Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR), esto es recomendado para el tratamiento del estrés post traumático en adultos y en niños y se basa en el Modelo del Sistema de Procesamiento de Información.

Shapiro, F., (citado por Gómez, J., et al. 2014), plantea que gran parte de la psicopatología es causada por una codificación inadecuada del procesamiento incompleto de experiencias de vida traumáticas y que esto afecta la habilidad del individuo para integrar estas experiencias de forma adaptativa. La terapia EMDR consiste en un proceso de 8 fases y 3 etapas, facilitando la reanudación del proceso normal de información y la integración de la misma, dando como resultado el alivio de los síntomas, la disminución o desaparición de la perturbación relacionada a las memorias traumáticas, una imagen más positiva de sí mismo, alivio de las molestias corporales y la resolución de detonantes presentes o los que se puedan presentar en el futuro.

Los resultados de esta experiencia con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR, fueron que los niveles de perturbación subjetiva que presentaban los niños disminuyeron durante la primera sesión, se mantuvieron y redujeron también durante la segunda sesión, estos niños con el correr del tiempo presentaron un nuevo sentido del placer y una mayor capacidad para disfrutar y divertirse. La investigación ha demostrado que los niños con TEPT mejoran sustancialmente en terapias con una duración de 9 a 12 semanas y un período más largo para el tratamiento de TEPT Complejo. Debido a los resultados obtenidos, Gómez, J. et al. (2014) recomiendan que el tratamiento multimodal con el Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR y la terapia individual de EMDR sea considerado como una poderosa opción alterna a las aproximaciones tradicionales.

CONSECUENCIAS FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y CONDUCTUALES

Para Intebi, I., (1998) el ASI es uno de los traumas psíquicos más intensos, la autora compara los efectos del abuso con los de un balazo en el aparato psíquico, ya que este produce graves heridas en el tejido emocional y esto hace que no sea posible predecir como cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas.

Si el abuso sexual perdura en el tiempo y los sistemas involucrados no llegan a poder estabilizar al individuo, se produce una sobrerreactividad crónica y esto traerá consecuencias fisiopatológicas, esta sobrerreactividad será grave si se produce durante la infancia ya que el individuo se encuentra en pleno desarrollo y las regiones cerebrales sensibles al estrés se encuentran en un momento de mucha sensibilidad.

Según Gallardo-Pujol, D., & Pereda, N., (2011) existe un periodo crítico en el desarrollo del individuo en el cual la experiencia de maltrato y abuso sexual puede acarrear cambios neurobiológicos permanentes o muy duraderos, afectando especialmente a la respuesta del eje neuroendocrino hipotalámico-hipofisario-adrenal.

Jiménez, C. & Alonso, C. (2006) dividen las consecuencias del ASI en las que aparecen a corto y a largo plazo, siendo las primeras los efectos que se dan hasta 2 años después del suceso y las de a largo plazo las consecuencias que comienzan a darse a partir de 2 años después del abuso. Las primeras según estos autores son: desconfianza, miedo y hostilidad hacia el agresor y/o hacia la unidad familiar, sentimientos de culpa, vergüenza, baja autoestima, autoestima negativa, sentimientos de inadecuación y de estigmatización, trastornos depresivos por ansiedad, trastorno por estrés postraumático (TEPT), conductas y juego sexualizados, exceso de curiosidad sexual, problemas escolares (disminución del rendimiento escolar, dificultades relacionales).

La lista de los efectos a largo plazo según estos autores estaría conformada por: alteraciones afectivas de signo depresivo y trastorno por ansiedad, baja autoestima, locus de control externo, alteraciones y problemas relacionales tanto intrafamiliares como extra familiares, conductas antisociales, fracaso escolar, alteraciones en la conducta sexual, hipersexualidad, aversión al sexo, agresividad, etc.

Como lo aclara Peláez, J. (2010) una de las principales preocupaciones cuando ocurre un abuso sexual es el riesgo de que el NNA contraiga una infección de transmisión sexual (ITS) teniendo en cuenta que ASI es la causa más frecuente del hallazgo de infección vaginal gonocócica en niñas y adolescentes premenárquicas.

En cuanto a las secuelas emocionales, Corral, P., & Echeburúa, E., (2006) hacen un cuadro comparativo entre las a corto plazo y las a largo plazo, en este cuadro plantean tres tipos de variables, la primera son los tipos de efectos (subdividiéndose este items en emocionales, sexuales y sociales), variable síntoma y variable período evolutivo. Se considera que el impacto emocional del ASI está atravesado por 4 variables, el perfil individual de la víctima como ser estabilidad psicológica, el sexo, edad, contexto familiar, etc., las características del abuso por ejemplo frecuencia, cronicidad, amenazas, etc., la relación del menor con su abusador y las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso. Dichos autores afirman que cuanto más crónico e intenso sea la experiencia de abuso, será mayor el sentimiento de impotencia y vulnerabilidad y por consiguiente será mayor la sintomatología.

Pereda, N., (2009) categorizó en 5 áreas (emocional, cognitiva, conductual, de relación y funcional) las posibles consecuencias psicológicas iniciales del ASI, dicho

autor nos habla sobre la diversidad de síntomas en estas áreas y aclara que debido a esto es difícil hablar de la existencia de un Síndrome por Abuso Sexual o de un conjunto de síntomas específicos del ASI que no estén presentes en otras formas de malos tratos. Respecto a esto Browne, A. & Finkelhor, D., (citado por Acosta, F., Alonso, M., Gómez, Y., González, P., Pérez, I., & Villanueva, I. (2011) afirman que las consecuencias del ASI afectan todas las áreas de la vida de la víctima y es por esto que no se puede hablar de un síndrome de abuso sexual infantil.

Según Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma. (2015) no todas las víctimas de abuso sexual infantil presentan un daño significativo posterior a la experiencia de abuso, estos autores afirman que “las características del abuso, de la víctima y del agresor, los factores situacionales y especialmente las variables cognitivas de la víctima se han demostrado como eficaces para explicar la gravedad de la sintomatología” (p. 1).

Por su parte Calvi (citado por Zamalvide, G., 2014) refiere que lo traumático del abuso sexual es el efecto en el psiquismo del acontecimiento y no el acontecimiento en sí mismo.

La autora Kuitca, M., (citada por Zamalvide, G., 2014) aclara sobre el importante daño psíquico del niño abusado, describiéndolo como una “bomba de tiempo” ya que al quedar disociado puede transcurrir silencioso durante un tiempo y luego eclosionar en una importante sintomatología.

Los trastornos de personalidad más frecuentes en las víctimas de abuso sexual infantil son el antisocial y el limítrofe según lo indican Pereda, N., Gallardo-Pujol, D., & Jiménez, R., (citados por Zamalvide, G., 2014), estos autores se basan en la noción de resiliencia para poder explicar las variadas diferencias que existen entre las víctimas de abusos sexuales.

Canton Cortés, D. & Justicia, F., (citados por Zamalvide, G., 2014) respecto a las consecuencias a largo plazo del ASI, las relacionan con el concepto de ajuste psicológico, estos realizaron un estudio en una población de estudiantes universitarios que da como resultado que aquellos estudiantes que refieren haber sufrido abuso sexual en la infancia muestran un peor ajuste psicológico a largo plazo, ya que muestran mayores niveles de depresiones y baja autoestima.

Otra consecuencia que suelen sufrir las adolescentes mujeres que sufrieron abusos sexuales es miedo ante el relacionamiento con individuos del sexo opuesto y también respecto al acto sexual. Una consecuencia clara del ASI es la falta de placer en el sexo, promiscuidad, tendencia a la prostitución y problemas sexuales. El haber sufrido un ASI es un factor que interviene en el desarrollo de posibles disfunciones sexuales, especialmente en lo relacionado al orgasmo y al deseo sexual. Cusick, L., (citado por

Pereda, N., (2009) afirma que la prostitución en víctimas de ASI es uno de los mayores problemas relacionados con el área de la sexualidad, y refiere que esto se ha encontrado más en determinados países asiáticos y en Latinoamericanos.

Pereda, N., (2009) propone clasificar las consecuencias del ASI en cinco categorías: problemas emocionales, de relación, funcionales, de adaptación y sexuales. Esta autora afirma que los problemas vinculados a las relaciones son los más afectados, presentando por ejemplo aislamiento, desajustes en las relaciones de pareja, dificultades en la crianza de los hijos, estilos parentales permisivos y uso reiterado del castigo físico.

Pinheiro, P., (2006) por su parte afirma que a raíz de la gran cantidad de estudios e investigaciones en las ciencias neurobiológicas, sociales y del comportamiento, ha surgido una mayor comprensión de la importancia de las experiencias que se viven en la niñez en el desarrollo del cerebro, y del rol que tienen las relaciones tempranas en el desarrollo saludable de éste. El mismo autor hace referencia a que cuando la víctima de abuso no cuenta con una red de protección y queda expuesta al estrés que le provoca la violencia, esto puede afectar su sistema nervioso e inmunológico que se encuentra en desarrollo, provocando que la persona presente mayores riesgos de sufrir problemas de salud física y mental. Este autor expone las consecuencias agudas y a largo plazo de la violencia contra los NNA, en las consecuencias para la salud física nombra las lesiones abdominales o torácicas, lesiones cerebrales, moretones e hinchazón, quemaduras, lesiones del sistema nervioso central, fracturas, desgarros y abrasiones, lesiones oculares y discapacidad; las consecuencias sexuales y reproductivas son los problemas de salud reproductiva, disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y embarazos no deseados; dentro de las consecuencias psicológicas expone el abuso de alcohol y otras drogas, disminución de la capacidad cognoscitiva, comportamientos delictivos, violentos y de otros tipos que implican riesgos, depresión y ansiedad, retraso del desarrollo, trastornos de la alimentación y el sueño, sentimientos de vergüenza y culpa, hiperactividad, incapacidad para relacionarse, desempeño escolar deficiente, falta de autoestima, TEPT, trastornos psicossomáticos, comportamiento suicida y daño autoinfligido. Otras consecuencias de salud a largo plazo son: cáncer, enfermedad pulmonar crónica, síndrome de colon irritable, cardiopatía isquémica, enfermedad hepática, problemas de salud reproductiva, como la esterilidad. También nombra las consecuencias económicas que pueden ser mediante costos directos, por ejemplo tratamiento, visitas al médico y otros servicios de salud, mediante costos indirectos como ser productividad perdida, discapacidad, menor calidad de vida y muerte

prematura, o mediante costos para el sistema de justicia penal y otras instituciones como ser gastos relacionados con detener y procesar a los abusadores. Del mismo modo están los costos para organizaciones de bienestar social, costos asociados con hogares sustitutos, para el sistema educativo y costos para el sector de empleo que resultan del ausentismo y la baja productividad.

Si nos adentramos en el concepto de memorias traumáticas, un aporte interesante es el realizado por Manzanero, A. & Recio, M. (2012) al definir las como “recuerdos sobre hechos con una valencia negativa y alto impacto emocional” (p. 2). Estos autores hablan sobre el impacto que tienen estos hechos traumáticos en las personas, afirman que este impacto variará según la presencia de diferentes factores y que a largo plazo los efectos dependerán de la intensidad del trauma y de la vulnerabilidad del sujeto. Proponen tres factores claves en la respuesta a los hechos traumáticos: las experiencias de apego negligentes u otros traumas en la infancia, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social a la víctima del trauma.

Al igual que hay diferencias en la forma de recordar también existen diferencias en los efectos psicológicos, emocionales y psiquiátricos que dejan las experiencias traumáticas, es por esto que hay víctimas que logran desarrollar la capacidad de resiliencia y superar el trauma, y otras en cambio sufren durante años.

Se ha estudiado la influencia del maltrato y del ASI en la estructura del cerebro, De Bellis y colaboradores (citado por Gallardo-Pujol, D., & Pereda, N., 2011) en su investigación apreciaron que un 7% de las víctimas tenían un menor tamaño intracraneal, y un 8% tenían menor tamaño cerebral respecto al grupo de control. Los resultados indicaron que el volumen intracraneal se correlaciona positivamente con la edad de comienzo del maltrato, y negativamente con la duración de dicho maltrato. Es así que los autores llegan a la conclusión de que el maltrato infantil, incluyendo la violencia física, la negligencia, la victimización sexual y la exposición a la violencia, influye negativamente en el desarrollo cerebral de las víctimas.

Gallardo-Pujol, D., & Pereda, N., (2011) afirman que experiencias fuertes y traumáticas como el abuso sexual en periodos de alta plasticidad neuronal genera cambios fisiológicos, neurobioquímicos y estructurales en el cerebro, sistema nervioso y ejes endocrinológicos de las víctimas, también aclaran que se han observado alteraciones funcionales como hiper o hipofunción y alteraciones en la irrigación de ciertas regiones en el cerebro en personas que han sido víctimas de violencia sexual durante su infancia. Según Jovanovic J, Blanding NQ, Norrholm SD, (citados por

Gallardo-Pujol, D., & Pereda, N., 2011) se ha observado una mayor respuesta acústica de sobresalto (reflejo subcortical) modulado por los mismos sistemas neuronales que están implicados cuando se da el TEPT, en las víctimas que han sufrido ASI frecuentemente y maltrato infantil, cuando se las compara con personas que han sufrido también ASI y malos tratos pero con menor frecuencia.

Según Putnam, FW., (citado por Gallardo-Pujol, D., & Pereda, N., 2011) el vivir una experiencia estresante como el ASI, en un período de alta plasticidad neuronal provoca disregulaciones en el desarrollo neurofisiológico cerebral, es por esto que la víctima carecerá de la capacidad de volver a la normalidad fisiológica o alostasis (proceso en el cual se llega a la estabilidad o la homeostasis), y esto le trae problemas de relación, disregulación del estado de ánimo, de la conducta, también problemas sociales y emocionales.

Debemos tener en cuenta también la aparición de los efectos durmientes (“sleeper effects”) que se dan en algunas víctimas de ASI, estos efectos hacen referencia a cuando el niño no muestra problemas significativos inmediatamente después de ocurrido el abuso sexual, pero que al pasar el tiempo comienza a manifestar problemas emocionales o conductuales. Este tipo de efectos pueden aparecer después del año de ocurrido el abuso, e incluso pueden aparecer si un hecho estresante se lo recuerda.

Otro tipo de consecuencias del ASI son las físicas, son poco frecuentes, y en muchos casos compatibles con otro tipo de lesiones no relacionadas con un ASI, esto hace que los abusos sean muy difíciles de detectar partiendo de hallazgos físicos. Según Casado, J., Díaz, JA., & Martínez, C., (citados por Pereda, N., 2010) “algunas dermatopatías, lesiones congénitas, traumatismos, infecciones e incluso fisuras anales por estreñimiento crónico pueden ser confundidos con signos de abuso sexual y viceversa” (p. 3).

Algunos de los problemas físicos relacionados con el abuso sexual infantil son los dolores físicos sin justificación médica, fatiga crónica idiopática (de irrupción espontánea y causa desconocida), trastorno de somatización (es la presencia de síntomas somáticos que requieren tratamiento médico y que no se pueden explicar por la presencia de una enfermedad conocida ni por los efectos de alguna sustancia), el trastorno de conversión (incluye la afectación de alguna de las funciones motoras o sensoriales) y las crisis no epilépticas (cambian brevemente el comportamiento de una persona). El sufrir un ASI aumenta el riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares cuando la víctima es mujer.

Por su lado Visir, P., (2008) plantea que los menores abusados sexualmente tienen dificultades para reconocer y expresar sus sentimientos, para describir sus estados internos, es por esto que no saben decir si están tristes, enojados o preocupados, también suelen presentar dificultades para comunicar sus sentimientos. No pueden regular sus emociones y se encuentran desbordados siendo esto una posible causa de autoagresión, estas conductas autodestructivas intentarán calmar su dolor y su angustia interna mediante el dolor físico. Muchos de estos niños presentan analgesia (no sentir dolor físico), en el área de la conciencia pueden aparecer síntomas relacionados con la disociación como mecanismo de defensa utilizado para separar las emociones de las sensaciones y de los pensamientos, en el pensamiento pueden aparecer amnesias de la vida cotidiana, por ejemplo pueden olvidar su cumpleaños.

Otra manifestación del trauma complejo es la despersonalización y la percepción de la realidad alterada, pueden sentir que parte de su cuerpo no les pertenece o pueden no reconocerse en el espejo. Hay menores abusados que presentan pobre modulación de los impulsos y/o conducta oposicionista. Puede aparecer además desorientación espacial y temporal, problemas de autoconcepto, distorsiones en la imagen corporal, anorexia y bulimia.

Al hablar sobre las consecuencias del abuso sexual infantil en personas ya adultas, Finkelhor 1997 (citado por Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C., 2000) asevera que la depresión, ansiedad, abuso de alcohol, etc., surgen en un contexto de vulnerabilidad generado por el abuso sexual pero provocados por circunstancias próximas en el tiempo como por ejemplo conflictos de pareja, aislamiento social, problemas en el trabajo, etc., y afirma que de no ser por estas circunstancias adversas no habría problemas psicopatológicos actuales en estas víctimas. Por su parte Pereda, N., (2010) afirma que son consecuencias físicas a largo plazo en las mujeres, los dolores pélvicos crónicos, alteraciones en el ciclo menstrual e inicio temprano de la menopausia. Cantón, D., & Justicia, F., (citado por Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., 2015) le suman a estas, que las mujeres abusadas tienen mayores probabilidades que las demás, de llevar a cabo prácticas sexuales mal adaptativas, por ejemplo evitar el sexo, o tener prácticas sexuales de riesgo.

Corral, P., & Echeburúa, E., (2006) refieren que las secuelas a largo plazo del ASI son menos claras y constituyen un factor de riesgo respecto al desarrollo de patologías en la edad adulta. Dichos autores mencionan secuelas físicas, conductuales, emocionales, sexuales y sociales (incluyendo problemas en las relaciones interpersonales, aislamiento y dificultades en la educación de los hijos).

Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., (2015) afirman que hay sintomatología por ejemplo la ansiedad, miedo o problemas para dormir, que disminuye con el paso del tiempo en algunas personas, pero en otras la sintomatología puede agravarse si no son tratadas inicialmente, como ser las manifestaciones de agresividad o las cuestiones sexuales.

Otras secuelas que pueden aparecer son fobias o aversiones sexuales, falta de satisfacción sexual, alteraciones en la motivación sexual, trastornos de la activación sexual y del orgasmo y creencia de ser valorado por los demás únicamente por el sexo.

Berliner, L., & Elliot, D., (citado por Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., 2015) nos dicen que la depresión es uno de los síntomas más comunes en adultos que de niños sufrieron abuso sexual, también hablan sobre que las víctimas de ASI tienen hasta 5 veces más de probabilidades que el resto de las personas de ser diagnosticada con un trastorno de ansiedad, fobias, trastornos de pánico o trastorno obsesivo compulsivo.

Katerndahl, D., Burge, S., & Kellogg, N., (citado por Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., 2015) han encontrado relación entre haber sufrido ASI y desarrollar trastornos disociativos y de personalidad, especialmente el trastorno borderline, pero también el antisocial, dependiente, evitativo y esquizoide.

Gault-Sherman, M., Silver, E., & Sigfúsdóttir, I., (citados por Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., 2015) explicitan que los hombres que han sufrido ASI no presentan tan altos niveles de ansiedad, depresión y TEPT como sí las mujeres, pero hombres y mujeres pueden ser igualmente diagnosticados de trastorno antisocial de la personalidad, o tener problemas de abusos de sustancias y alcohol. Luster, T., & Small, S., (citado por Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., 2015) informan que los hombres que han sufrido abusos sexuales en su infancia, en la adultez cometen más intentos de suicidio que las mujeres.

Otra consecuencia de haber sufrido abuso sexual es que algunas víctimas crecen con la certeza de que usar la agresividad es el mejor camino para lograr lo que desean, y es por esto que el haber sido víctima de abuso en la infancia parece constituirse en un factor de riesgo para que este adulto victimice a otros, llegándose así a la transmisión intergeneracional de la violencia, siendo esta una de las peores consecuencias a nivel social del ASI (Rodríguez, Y. (2012)

Con respecto a este tema Green, A., (citado por López, Y., 2012) afirma la hipótesis sobre la transmisión intergeneracional del maltrato y agrega que se han obtenido cifras que lo corroboran de entre el 20% y el 30% de los casos, aunque existe controversia sobre esto por no poder tomar esos resultados como definitivos.

Por otro lado Casas, A., (2006) refiere que aunque la mayoría de los abusadores de NNA hayan experimentado situaciones de violencia en su infancia, esto no asegura que vayan a convertirse en abusadores sexuales, expone que la gran mayoría, cerca del 70% de las personas que han sido violentadas en su infancia, logran no transmitir esa violencia a las generaciones siguientes. Dicho autor menciona que esta creencia equivocada acerca de que los abusados se convertirán luego en abusadores, es lo que ha contribuido a la estigmatización de las víctimas y a la justificación de dichos abusadores sexuales.

Por su parte Garaventa, J., (2005) alega que los adultos que han sido abusados de niño, desarrollan generalmente patologías distantes de la agresión, el autor hace referencia a que estas personas desarrollarán desde sus sentimientos de vacío, desvalorización, cosificación y desamparo, situaciones en las que tienden a repetir situaciones de sumisión y abuso. (Gilberti, E. (Ed.). 2005, p. 112).

No hay pruebas de que exista un grupo consistente de síntomas que conformen un “síndrome post-abuso” y no todas las víctimas de ASI muestran un daño significativo posterior. Debido a que no todas las experiencias de abuso son iguales, los investigadores han examinado las variables que explicarían las diferencias en el ajuste posterior. Como menciona Acuña, M. (2014) se dificulta el análisis de las secuelas en estas víctimas debido a la coexistencia de otros tipos de violencia junto con el ASI, debido a que estas otras violencias pueden ser las causantes de las consecuencias que encontramos, o pueden potenciarlas o modificarlas, haciendo difícil saber con certeza cuales consecuencias derivan de que abuso.

A raíz de la búsqueda bibliográfica se encuentra que no hay demasiada información referente a las consecuencias a largo plazo del ASI, esto puede estar vinculado con los que plantea Noguero, V., (citado en Pereda, N., 2010) cuando refiere a que las consecuencias a largo plazo que genera el ASI se han considerado especulativas, ya que la víctima que pasa por esta experiencia, está también en interacción con otros factores que produce el transcurrir del tiempo.

DISOCIACIÓN, MECANISMO DE DEFENSA

La amnesia es el síntoma disociativo que puede afectar de mayor forma la evaluación diagnóstica del ASI, esta aparece cuando el niño no puede acceder al

contenido de su memoria ya que ese contenido está íntimamente asociado al trauma que vivió, acá no hay una decisión consciente del niño de no recordar, simplemente eso para el no existe. El objetivo de la disociación es hacer sentir a la víctima que esa experiencia traumática no le ocurrió a él, quedando entonces la vivencia abusiva disociada de sus vivencias propias. Respecto a la disociación Baita, S., & Moreno, P., (2015) afirman:

La disociación es una falla en la integración de diversas funciones mentales que usualmente estarían integradas: memoria, percepción, emociones, identidad y registro del propio cuerpo. La integración es un proceso que se desarrolla evolutivamente y que está determinado por características propias del individuo, junto con las experiencias y el ambiente con los que interactúan y es modulado y regulado por la interacción con las figuras de cuidado, y cuando estas figuras no están disponibles o fallan en cumplir adecuadamente con su rol, ya sea por exceso (como en el maltrato físico, emocional y el abuso sexual) o por defecto, interfieren en estos procesos en desarrollo y dificultan dicha integración. Una de las consecuencias posibles es entonces la disociación. (p.239)

Al respecto, Rozanski, C., (2008) expone en palabras bien claras:

Esa criatura, que a la noche recibe en su cama al padre que abusa de ella o al padrastro o a quien sea, necesita recurrir a algún mecanismo de defensa para poder ir al colegio a la mañana siguiente, para poder seguir mirando a su padre, para desayunar con su abusador, porque si no estalla, si no, no resiste, se muere. ¿Y qué hace? Se disocia. Ese mecanismo de defensa es una disociación. (p. 24)

El autor dice que es importante conocer este mecanismo a la hora de interpretar las pruebas del abuso, ya que sino no se entendería como un menor al que la noche anterior fue abusado puede ir a la escuela al otro día sin aparentes problemas. Aclara que esta disociación comienza cuando comienza el abuso, luego al hacerse crónica la situación de abuso sexual, la disociación ocurrirá disparada también por otros estímulos, esto suele pasar cuando un niño es enfrentado a un juicio por este tema, es por esto, dice el autor que es ilegal enfrentar a un menor a un juicio, ya que se está violando la Convención sobre los Derechos del Niños.

Según Intebi, I., (1998) "la disociación es uno de los mejores mecanismos defensivos frente a sucesos que desbordan la capacidad de elaboración del aparato psíquico, sea un acercamiento abusivo o un desastre natural" (p. 197). Tiene como

efecto positivo el impedir que la conciencia se inunde y el niño se paralice, pero el efecto negativo de este mecanismo surge cuando este se activa no sólo para proteger al niño cuando se enfrenta a la situación de peligro, sino al activarse frente a cualquier circunstancia que implique conflicto o angustia, sin tener en cuenta la gravedad ni las características de ese problema, es acá cuando al activarse casi automáticamente, esta disociación produce serios efectos negativos en la persona.

Basándose en la clasificación hecha por Silberg, J., de síntomas y manifestaciones disociativos presentes en niños/as y adolescentes, Baita, S., & Moreno, P., (2015) relatan aquellos que pueden darse durante la entrevista o interferir en la recolección del relato hecho por el niño. Entre las alteraciones en los estados de conciencia encontramos el quedarse tildado (episodios de desconexión que pueden durar minutos a horas), intrusiones postraumáticas (flashbacks, juego postraumático y dificultad para diferenciar pasado de presente). Entre los fenómenos de influencia pasiva se encuentran: mostrar marcadas regresiones en el comportamiento durante el relato, atribuir a amigos imaginarios o “hermanos” u otros niños las experiencias vividas o mostrar evidencia de diálogo interno.

Podemos encontrar también con cambios marcados en los estados de ánimo, conocimientos, habilidades, patrones habituales de conducta y relaciones interpersonales, ejemplo casos de menores que refieren no poder completar determinada consigna (escribir su nombre) por no saber cómo hacerlo, cuando se sabe que posee los conocimientos, cambios drásticos y sin causa aparente en la modulación de la voz, gestualidad o dibujos. Estos menores pueden sufrir de amnesia, por ejemplo si hubo un cambio brusco de estado de ánimo y no puede recordarlo inmediatamente después de haberse recuperado, luego de los 4 o 5 años no puede recordar períodos importantes de su vida ya sea en longitud de tiempo como en tipo de experiencias vividas en especial si se sabe que han sido de alto impacto en la vida del niño, no puede recordar el evento traumático vivido o una parte de él, pierde el hilo de lo que está diciendo o haciendo, no recuerda información personal propia que no es esperable que no sepa (por ejemplo cual es el nombre de su papá, etc.), un rasgo distinto de las amnesias disociativas es una reacción de perplejidad al darse cuenta de que no recuerdan algo, pueden mostrarse confundidos y tratar de evitar el asunto o cambiar de tema rápidamente. Los síntomas somáticos sin causa orgánica que suelen estar presentes son enuresis o encopresis durante la entrevista (es necesario registrar el momento en que estos síntomas aparecen), irrupción de sensaciones corporales durante el relato (referir que siente dolor, sensación de ahogo o presión en alguna parte del cuerpo), percepciones corporales alteradas (por ejemplo sentir olores o

gustos sin que haya algo concreto que lo justifique), se puede indagar por conductas auto lesivas, insensibilidad general al dolor o sensación aumentada de dolor, sin causa orgánica que lo justifique.

Un concepto relevante en lo que respecta al tema del ASI, es el de Conformidad Compulsiva, planteado por Crittenden, P., & DiLalla, D., (citados por Pereda, 2009). Con este término se refieren a un patrón específico de conducta que suele aparecer en las víctimas para poder acomodarse y sobrevivir a los abusos. Es una estrategia de comportamiento conformista y vigilante que minimiza las posibilidades de volver a sufrir de abusos y aumenta la probabilidad de que este adulto ofensor interactúe de forma agradable con el NNA.

AJUSTE PSICOLÓGICO Y APEGO

Las consecuencias a corto y largo plazo están influenciadas por la manera y el tiempo en que se descubre el abuso, ya que cuanto más temprano se lo revele, menores serán los efectos y los síntomas.

Sin embargo Quas, J., Goodman, G., & Jones, D., (citados por Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., 2015) no han encontrado una relación entre las características del abuso, la víctima o el agresor y el ajuste de las víctimas, estos autores encontraron que ni la gravedad, duración, frecuencia, uso de la fuerza o edad de inicio se relacionaba con las consecuencias del abuso después de 5 años.

El ajuste psicológico luego de ocurrido el ASI puede verse influido por los factores situacionales, la disfunción familiar es un factor que hace aumentar la probabilidad de que se den los abusos sexuales intrafamiliares y acentúa sus efectos. Los niños abusados sufren de mayores niveles de estrés cuando el funcionamiento de su familia es negativo y conflictuado, por el contrario si hay un buen funcionamiento en la familia y cuenta con relaciones de apoyo, los efectos negativos disminuyen.

Continuando, el afrontamiento del abuso por parte del NNA es una de las variables cognitivas más estudiadas por sus posibles efectos en el ajuste psicológico de las víctimas. Según Lazarus, R., (citado por Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., 2015) “las estrategias de afrontamiento son definidas como “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para hacer frente a demandas internas o externas” (p. 6). Dicho autor propone que el afrontamiento es un mediador en la relación entre el abuso y sus consecuencias emocionales, conceptualizándolo como un conjunto de estrategias específicas empleadas por la víctima ante la experiencia del abuso.

Otro factor cognitivo muy estudiado como un posible mediador entre el ASI y el ajuste psicológico es la atribución de culpa por el abuso sufrido, la víctima puede atribuir la responsabilidad del abuso a ella misma, al agresor o a otros adultos. Si la víctima se autoinculpa o responsabiliza a su familia, sobrevendrá un peor ajuste psicológico. Los sentimientos de indefensión, estigmatización, sexualización traumática y en menor medida, los sentimientos de traición, están relacionados con mayores niveles de depresión, ansiedad y menor autoestima.

Otro tipo de variable cognitiva que se relaciona con el ajuste psicológico de la víctima luego de sufrir el abuso sexual es el apego. Bowlby, J., (citado por Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., 2015) propone la teoría del apego, tiene la idea de que las relaciones interpersonales y el apoyo social son una necesidad innata del ser humano. El autor sostiene que los niños desarrollan modelos de trabajo interno acerca de los demás basados en la calidad de sus experiencias interpersonales tempranas, como ser el apoyo que tuvieron de sus cuidadores. Estas representaciones influyen las emociones, expectativas y comportamientos en todas sus relaciones interpersonales futuras.

Según los trabajos de Bowlby, J., Ainsworth, M., & Wittig, B., (citado por Cantón-Cortés, D., & Cortés, Ma., 2015) existen 3 estilos de apego, seguro, de evitación y ambivalente/ansioso. El apego seguro se desarrolla cuando el cuidador primario ante el malestar del niño responde consistentemente y esto hace que el niño sienta confianza en sus relaciones, el estilo de evitación se da cuando el malestar del niño es ignorado consistentemente, esto hace que el niño vaya disminuyendo la expresión de las emociones y evitando las figuras de apego. El estilo ambivalente/ansioso se desarrolla cuando ante el malestar del niño el cuidador responde de forma débil y esto lleva a que el niño se sienta ansioso y tenga dificultad para expresar sus emociones. El estilo de apego seguro se relaciona con un mejor ajuste psicológico de las víctimas, en cambio los estilos inseguros de evitación y ambivalencia/ansiedad se relacionan con un peor ajuste psicológico.

Al respecto Visir, P., (2008) aclara “denominamos apego a ese vínculo especialísimo que comienza a formarse desde el momento del nacimiento con el cuidador o los cuidadores. El primero y primordial apego se da con la madre” (p. 154).

Al relacionar esto con el ASI, encontramos que Baita, S., & Moreno, P., (2015) afirman que “la paradoja de apegarse afectivamente a la persona que daña, cuando debería proteger de cualquier daño, es irresoluble y será la matriz de la mayoría de los

síntomas postraumáticos complejos en los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual” (p.54).

Todo ser humano tiene la capacidad de crear relaciones con los demás y estas relaciones son indispensables para poder sobrevivir, es por esto que desde bebés empezamos a entablar relaciones con nuestros padres y es mediante estas relaciones que diferentes áreas del cerebro se van conectando y activando. Visir, P., (2008) plantea que hay estudios hechos en niños víctimas de ASI, quienes a través de registros tomográficos muestran que estas áreas de sus cerebros no están tan desarrolladas, principalmente la diferencia se nota en las áreas implicadas en la regulación emocional, por ejemplo, la amígdala y el área de Broca, relacionada con el lenguaje.

La empatía, el cuidado, la posibilidad de inhibir la agresión y la capacidad para amar, se relacionan con esta capacidad de apego que se constituye durante la primera infancia.

Los autores Cantón, J. & Cortés, M. (2010) refieren que los padres influyen en el estilo de afrontamiento, resistencia, conocimiento y seguridad del NNA, es en el momento en que ocurre la develación cuando los padres influyen desde la disponibilidad y el apoyo a que los efectos del abuso sean menores, siguiendo con esta línea los autores mencionan que la función de los padres luego será la de ayudar a la víctima a entender la experiencia por la que ha pasado y a que pueda confiar en su recuperación psicológica.

DATOS ESTADÍSTICOS Y RECOMENDACIONES

No es fácil determinar la incidencia real de los casos de abusos, ya que estos ocurren habitualmente en un entorno privado y clandestino, es por esto que no todos los casos son denunciados. El Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas (Pinheiro, P., 2006) sumándose a las cifras de la OMS, calcula que 150 millones de niñas y 73 millones de niños han sufrido distintas formas de violencia sexual (con contacto físico), pero sabemos que esta cifra no es fiel a la realidad, sino que existirían muchos más casos de abusos que los que llegan a la justicia. En el año 2009 UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) publica el resultado de una investigación regional titulada “Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro”

realizada por Soledad Larrain y Carolina Bascuñan, acá se muestra que por año 275 millones de NNA en el mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares.

Con respecto a las edades de las víctimas López, F., (1999) refiere que la mayoría se encuentran en las edades comprendidas entre los 10 y los 15 años, es decir mientras se están produciendo los cambios de la pubertad, siendo esta una etapa donde las personas se encuentran más vulnerables. Por su parte UNICEF (2009) refiere que el abuso sexual comienza a los 5 años y aumenta entre los 5 y los 9 años, entre un 70 y 80% de las víctimas son niñas, en la mitad de los casos los abusadores viven con ellas, y en un 75% de los casos los ofensores sexuales son familiares directos de las víctimas. Otro autor, Casas, A., (2006) menciona que en el 85 a 90% de los casos, el victimario forma parte del círculo de confianza de la víctima y en el 10 al 15% de los casos, el victimario es desconocido por esta.

Sumando a esto Vázquez, B., (1995) refiere que las víctimas son mayormente mujeres (58,9%), y que los hombres víctimas son un 40,1%, dando a conocer así mismo que cuando el abuso es un incesto la edad de las víctimas niñas comienza en los 7-8 años, y cuando el abuso es extrafamiliar son las víctimas mayormente varones, de entre 11-12 años.

Becker, J., & Covell, K., (2012) afirman que los niños con discapacidades son víctimas de la violencia y del abuso sexual en proporción 4 o 5 veces mayor que los niños no discapacitados, por su parte el National Center on Child Abuse and Neglect (citado por Garbarino, J., & Eckenrode, J., 1999) afirma que “la incidencia del ASI en niños con alguna discapacidad es de 1,75 veces mayor que en los niños sin estas discapacidades” (p. 167).

Respecto a las consecuencias de los abusos, Sauan, D., (citado por Losada, A., & Saboya, D., 2013) afirma que entre el 20 y el 40% de las víctimas de ASI sufren consecuencias a largo plazo y que la causa mayor se debe a la incredulidad de los adultos sobre lo que relatan los NNA.

Cantón-Cortés, D., Cantón Duarte, J. & Cortés Arboleda, Ma., (2011) realizaron un estudio para determinar la prevalencia, la naturaleza y las consecuencias del ASI, fueron 2159 estudiantes universitarios de Granada quienes respondieron de forma voluntaria y anónima un cuestionario sobre el tema, este estudio arrojó como resultado que un 12,5% de estudiantes habían sufrido abuso sexual antes de los 18 años de edad, el 62,8% de los abusos consistió en tocamientos y la edad media de inicio fue a los 8,8 años. En el estudio también se vio que los abusadores fueron en su gran mayoría varones, de esos, un 44% eran menores de edad y solían cometer los abusos

en el hogar de la víctima o en el suyo. Estos resultados son relevantes para la futura planificación de programas de detección y prevención de los abusos. Dichos autores afirman que el abuso sexual cuando es realizado por una mujer despierta menos sospechas, ya que sus actividades sexuales podrían hacer más difícil la detección e incluso es posible que las propias víctimas no las sientan como conductas abusivas.

No hay pruebas de que en la actualidad haya más casos de abusos que años anteriores, lo que si hay es mayor detección de estos casos. Se sabe que se conocen sólo entre el 10% y el 20% de los casos reales, es lo que se llama vértice de la pirámide del maltrato. Probablemente lo que ocurre en la actualidad es que hay menos tolerancia social respecto a la vulneración de los derechos de los niños.

Becker, J. & Covell, K., (2012) relatan que algunos estudios han revelado que la presencia cada vez mayor de pornografía incluida la existente en internet, ha contribuido a tendencias culturales que sexualizan a los NNA y contribuyen al abuso sexual, así lo explica la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT) al denunciar que según estudios, 1 de cada 5 niños son el objetivo de un ofensor sexual cada año, y que el 30% de las niñas adolescentes afirman haber sufrido acoso sexual por medio del chat. Según Henes (citado por Viola, L., 2002) en Norteamérica en 1994 cerca de 1 millón de niños fueron derivados por sospecha de abuso y negligencia, de los cuales 250000 presentaron maltrato físico y 140000 eran víctimas de abuso sexual.

Si vamos unos años hacia atrás, datos internacionales tomados por el Comité Nacional para la Prevención del Abuso de Niños, observaron que en Uruguay en el año 1995 en las situaciones comprobadas de maltrato, el 45% presentaban negligencia física, el 26% maltrato físico, el 11% abuso sexual, el 3% abuso emocional y el 16% maltratos inespecíficos. Hoy en día las cifras que se manejan respecto a la incidencia del ASI, son cifras parciales ya que están basadas en la población atendida por el INAU y el Hospital Pereira Rossel, las investigaciones que abordan este problema en nuestro país son escasas, existiendo estudios de Instituciones que trabajan con niños víctimas de maltrato en la que se incluyen los casos de abuso sexual. En ese sentido Faraone, A., (2007) realizó un estudio sobre la atención brindada a niños y adolescentes en el proyecto Casamiga 6 en convenio con INAU, UNICEF y la Intendencia Municipal de Montevideo, la autora afirma que las derivaciones fueron realizadas principalmente por instituciones educativas, seguidas por el INAU y luego por el ámbito de la salud.

También en Uruguay contamos con el SIPIAV (Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia) integrado por INAU, MIDES, MSP, ASSE, ANEP y UNICEF, quienes, como aporta Barros, I., (2014) en el año 2014 realizaron un análisis de la situación de la infancia en Uruguay, obteniendo datos estadísticos de un total de 1323 denuncias de situaciones de violencia, de estas situaciones un 22% fueron casos de ASI y se concluyó que en un 76% de estos casos las víctimas fueron niñas y el 24% varones.

Para entender la naturaleza multicausal y multifacética de la violencia, el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de 2002 utiliza un “modelo ecológico”, este modelo identifica la historia personal y las características de la víctima y del autor, su familia, el contexto social inmediato y las características de la sociedad en su conjunto, y hace referencia a que las consecuencias a corto y largo plazo pueden ser devastadoras. En consonancia con lo planteado Pinheiro (2006) expone las recomendaciones generales contra el ASI, siendo estas fortalecer los compromisos y medidas nacionales y locales, prohibir toda violencia contra los niños y niñas, dar prioridad a la prevención, promover valores no violentos y generar conciencia, aumentar la capacidad de todos los que trabajan con y para los niños/as, garantizar la participación de los niños/as, proporcionar servicios de recuperación y reinserción social, crear sistemas de denuncia y servicios accesibles y adecuados, asegurar la rendición de cuentas y poner fin a la impunidad, abordar la dimensión de género de la violencia contra los niños, elaborar y aplicar sistemáticamente sistemas nacionales de recolección de datos e investigación y fortalecer los compromisos internacionales.

CONSIDERACIONES FINALES

El interés por profundizar en este tema ha estado presente en mí desde siempre, viéndose acrecentado en el correr de la carrera gracias a optativas cursadas referentes al tema. La metodología utilizada para este trabajo fue la revisión bibliográfica, indagándose en libros digitales y de biblioteca, en bases de datos, publicaciones, revistas, etc., de nuestro país y del mundo.

Aún hoy en día existe resistencia a intervenir cuando la violencia hacia los niños/as o adolescentes se da dentro de su misma familia, esto se debe a que la familia es percibida como un ámbito privado y de dominio de los adultos, esto hace que los adultos se sienten libres de hacer con sus hijos lo que les parezca. Tuana, A., (2013) afirma que “la familia en nuestro contexto socio histórico, como principal espacio de socialización primaria, transmite y enseña modos de estar en el mundo, formas de actuar y vincularse con los otros y otras, pautas y valores” (p. 39). Esta familia está inserta en una sociedad invadida de aspectos culturales como son los roles de género y las diversas formas de violencia que favorecen las desigualdades y está atravesada por ellas. Garbarino, J., & Eckenrode, J., (1999) exponen que debido a que nuestra sociedad es cada vez más inestable aumenta la separación de la familia extensa y se disminuye el apoyo de la comunidad, quedando las familias cada vez más aisladas del mundo exterior, la consecuencia de esto es que los miembros pasan a depender casi exclusivamente de los demás integrantes de su núcleo familiar. Esto es desfavorable para la detección de los malos tratos hacia los NNA. De la familia se espera que sea un contexto de cuidado y no de desprotección. Los autores Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C., (2000) plantean que la consideración de la familia como un lugar privado en el que la mujer es propiedad del marido y a su vez los hijos son propiedad de los padres es un obstáculo para la posible detección de cualquier tipo de maltrato hacia los niños y para la correcta adopción de medidas protectoras.

Al ser el maltrato infantil un fenómeno social es que el Estado y las políticas públicas son fundamentales para proteger a los sectores más vulnerables. El Estado debe plantearse la erradicación del ASI y los malos tratos a la infancia como objetivo principal, para esto es necesario mayor prevención y acciones específicas orientadas al tema. Con respecto a la prevención, una que se sea adecuada y a tiempo logrará que se puedan evitar problemas futuros que serán una carga social y económica a nivel mundial. Debemos poner el acento en la prevención del maltrato hacia los niños, debemos seguir haciendo campañas publicitarias como las ya existentes, pero también se debe abordar estos temas con programas educativos. Es fundamental ampliar el conocimiento sobre este tema en las escuelas para así lograr convertirla en un lugar privilegiado de detección de los malos tratos hacia los NNA, ya que estos pasan gran parte de sus días en ella y es por lo general un referente para el niño y su familia.

Como sabemos, los niños de todas las clases sociales pueden estar viviendo o vivirán situaciones de violencia, pero son los niños carentes de recursos económicos

los que están más expuestos a que las Instituciones aborden su problemática, al respecto Intebi, I., (1998) plantea que el ASI se produce en todos los niveles sociales pero existe mayor dificultad para diagnosticarlo e intervenir en las familias de clase media y alta.

Cuando se trata de reconocer y detectar un posible caso de ASI nos encontramos ante obstáculos que dificultan lograr una adecuada y eficiente protección de las posibles víctimas. Nos topamos con mitos, con personas que piensan que el abuso sexual infantil no es una forma de maltrato tan grave como el maltrato físico, o que el abuso sexual es cometido por personas extrañas a la víctima. También hay quienes piensan que los niños se olvidan, se adaptan al ASI y que este no deja secuelas en ellos. Otro obstáculo es la ausencia de secuelas físicas como consecuencia del ASI, que dificulta muchas veces el poder detectarlo a tiempo, este es uno de los motivos principales por el cual toda persona que trabaje con NNA debe estar debidamente informada sobre el maltrato infantil en todas sus formas, saber cómo tratar con niños y saber qué es lo que se espera del niño en cada etapa de su vida. Los especialistas debidamente entrenados podrán establecer la autenticidad del relato de la víctima y las secuelas del abuso aun no habiendo secuelas físicas visibles.

En lo que respecta a la intervención en casos de ASI, esta debe de ser clara ya que puede, como dice Anido, M., (2005) implicar la imposición de medidas y sanciones que pueden no ser el correlato de lo que desea la familia de la víctima. Suele esta intervención desatar una crisis familiar, sobre todo si el ofensor sexual es miembro de ella.

Las terapias propuestas para hacer frente a las secuelas del ASI son variadas, desde terapia de procesamiento cognitivo, terapias dinámicas de juego, hasta terapias de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares. Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C., (2011) al referirse al tratamiento del ASI intrafamiliar afirman que:

Hay pruebas de que la terapia cognitivo-conductual centrada en el tema es eficaz. El tratamiento cumple diversas funciones: la reducción de los síntomas, la comprensión del significado de la experiencia de vida, la prevención de nuevos abusos y la ayuda a la familia a expresar sus sentimientos, buscar apoyo y hacer frente a los problemas planteados. (p.469)

Horno, P., Santos, A., & Molino, C., (citados por Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C., 2011) plantean que el tratamiento psicológico no es necesario

en todas las víctimas, sino cuando los NNA sufren síntomas patológicos intensos como ser ansiedad, depresión, pesadillas, alteraciones sexuales, etc., ya que en algunos casos puede ser una segunda victimización. Hay víctimas que con contar con el apoyo de su familia y de su círculo social bastará para que vuelvan a funcionar adecuadamente luego de la experiencia del abuso. En los casos en que el NNA no necesite tratamiento psicológico el profesional puede trabajar orientando a la familia y haciendo un seguimiento del desarrollo psicológico de la víctima.

Los profesionales que trabajan con NNA deben estar bien informados sobre la temática género, derechos humanos y en especial los derechos de NNA. También la sociedad en general debe de estar informada sobre estos temas para así poder discernir y participar de la tan necesaria prevención del maltrato infantil.

El diagnóstico del ASI no es nada fácil, y como este puede durar años sin ser detectado genera marcas emocionales importantes, que cuanto más antiguas sean, más difícil de tratar serán.

Si nos proponemos estudiar la problemática de los ASI desde la perspectiva de género, veremos claramente que son las niñas las que sufren mayormente este tipo de violencia sexual, este mayor porcentaje de víctimas femeninas se debe a la mayor vulnerabilidad que sufren las mujeres a raíz de las relaciones de poder basadas en el género, profundamente arraigadas en nuestra sociedad.

Todas las manifestaciones del ASI son aberrantes y deben de ser erradicadas, pero esto no será posible si antes no logramos erradicar la forma de dominación masculina en la que vivimos. Como plantea Forselledo, A. (2003), las actitudes autoritarias, el patriarcado, el machismo y la sumisión de las mujeres hacen que esté ya determinado el lugar y el rol que las mujeres y NNA tiene hoy en nuestra sociedad. Si este lugar no se discute mujeres y NNA seguirán siendo objetos de sumisión y dominados

En nuestra cultura existen ciertos aspectos que están tan arraigados en las personas que se vuelve difícil poder avanzar hacia la igualdad de género, ya que estos están relacionados con la sexualidad, los roles de género y las relaciones intergeneracionales, y es así que se va viviendo y naturalizando la violencia que vivimos cotidianamente.

En cuanto a las consecuencias del ASI, para determinarlas con exactitud lo recomendable sería poder evaluar a las víctimas con el correr del tiempo, para así

poder analizar la evolución de su desarrollo y del desarrollo de los síntomas. También así se puede indagar cuáles son los factores protectores que más intervienen en los casos de abusos. Es importante el seguimiento ya que la experiencia del abuso seguirá con la víctima en su etapa adulta y signará su futura descendencia, tal como lo plantea Viola, L., (2002).

Por lo indagado sobre el tema podemos decir que los actores sociales, los encargados de crear y aplicar las leyes, no están en su mayoría involucrados como se debería en la protección de los NNA, no cuentan con formación especial sobre el tema del ASI ni sobre tantos otros también importantes. Contamos con leyes que protegen a los NNA de estos malos tratos, pero es necesario cambiar el pensamiento de la sociedad, empoderar a las poblaciones más vulnerables me parece fundamental para poder desde un inicio luchar contra este fenómeno.

La gravedad y las dificultades respecto a este flagelo complejo se deben a que no tiene un solo origen, sino que es multicausal, por eso debe ser abordado de forma interdisciplinaria, interviniendo psicólogos, abogados, jueces, asistentes sociales, educadores, médicos, etc., que como ya se dijo deben estar debidamente informados en el tema, sino caeremos en lo que refiere Rozanski, C., (2008), al afirmar que “una de las consecuencias más tremendas de una ideología prejuiciosa y discriminadora de género en el derecho, es su efecto en el propio sistema de razonamiento de algunos jueces” (p. 59). Cuanto mayor sean los prejuicios de género en los encargados de hacer valer las normativas protectoras de la infancia, mayor será la vulnerabilidad que estos sufran, ya que no serán escuchados ni tomados en cuenta como debe de ser.

Vivimos en una sociedad patriarcal y adultocéntrica, donde tanto mujeres como niños están bajo el poder del hombre adulto, es por esto que debemos reconocer y visibilizar las diferencias que se viven respecto al poder con el que están dotados los hombres respecto a las mujeres y los adultos en general respecto a los NNA. Es por el hecho de que estas estructuras patriarcales están tan marcadas en nosotros que se vuelve difícil pensar en que los ofensores sexuales cambien su accionar y sean recuperados ya que está naturalizado que el hombre es superior a las mujeres y a los NNA y que puede hacer con ellos lo que le venga en gana. Como afirman Durrant, M., & White, Ch., (2006) nuestra sociedad reprime a los jóvenes hombres para que no expresen sus emociones como por ejemplo tristeza o miedo, pero si se les está permitido mostrarse violentos o expresar ira, y es esta no capacidad de expresión la

que los vuelve incompetentes a la hora de intentar comprender a los demás y de sentir empatía.

El tema del abuso sexual infantil no siempre fue una prioridad, claro ejemplo de esto es que la ciencia comienza a estudiar el tema del ASI tras varios años en los que ya se investigaba sobre el maltrato infantil en general. Este maltrato en Uruguay ya en el año 1990 según UNICEF estaba presente en el 39% de los hogares. (Plan Nacional de Lucha contra la Violencia, Montevideo, ONPLI, 2004), hoy en día hacen falta más investigaciones que reflejen lo abrumador que son estos casos de ASI para nuestros NNA y para todos los que de alguna manera estamos involucrados en el tema. Esto se vuelve dificultoso ya que seguimos sin contar con un acuerdo en la definición de ASI porque algunas ponen el acento en las consecuencias, otras en las edades, otras en la asimetría de los participantes, etc.

La sociedad parece mostrar un creciente rechazo ante las situaciones de abusos infantiles de cualquier índole, pero hace falta involucrarse en ese rechazo, hace falta poner el cuerpo y proteger a nuestros niños no solo con palabras sino con acciones. Debemos buscar maneras más eficientes para prevenir los ASI y esto solo será posible si trabajamos en conjunto todos los actores de la sociedad.

Se entiende que muchas aristas de este problema quedan sin tratar debido al recorte obligado por los límites del trabajo que no permite una mayor profundización. Se debe seguir dando visibilidad a este flagelo social para que no se sigan vulnerando los derechos de los NNA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, F., Alonso, M., Gómez, Y., González, P., Pérez, I., & Villanueva, I. (2011).
Funcionamiento familiar en familias víctimas de abuso sexual intrafamiliar-
incesto. *Psicogente* 14(25), 100-121 Recuperado de
[http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/arti
cle/.../412](http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/psicogente/article/.../412)
- Acuña, M. (2014) *Abuso sexual en menores de edad: generalidades, consecuencias y
prevención*. Recuperado de
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-
00152014000100006](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152014000100006)
- Alonso, C. & Jiménez. C. (2006). *Valoración del testimonio en abuso sexual infantil
(A.S.I.)*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/07.pdf>
- Ampudia, A., Eguia, S., & Santaella, G. (2012) *Guía clínica para la evaluación y
diagnóstico del maltrato infantil*. UNAM, Facultad de psicología.
- Anido, M., (2005). *Violencia en la familia... De eso no se habla*. Buenos Aires: Lumen
- Arena, A. (Ed.). (2002). *Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes*. Propuesta
de intervención. BICE, Oficina Internacional Católica de la Infancia. Montevideo

Baita, S., Moreno, P., Rozanski, C., Visir, P. & Volnovich, J. (2008). *Jornadas de intercambio interdisciplinario sobre abuso sexual a niños, niñas y adolescentes.*

Recuperado de

http://pmb.aticounicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=94

Baita, S., & Moreno, P. (2015) *Abuso Sexual Infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia.* Montevideo: UNICEF Recuperado de

www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf

Barros, I., (2014). *Relaciones entre el abuso sexual intrafamiliar—incesto—y el psicoanálisis: articulaciones clínicas a partir del cine.* Recuperado de

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4380>

Becker, J. & Covell, K. (2012). *Cinco años después: una puesta a punto a nivel mundial sobre la violencia contra niños y niñas.* Recuperado de [http://](http://www.crin.org/en/docs/GGUU-violencia-web_Spanish.pdf)

www.crin.org/en/docs/GGUU-violencia-web_Spanish.pdf

Bustelo Graffigna, E., (2012). Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano. *Salud Colectiva* 8(3), 287-298 Recuperado de [http://](http://www.scielosp.org/pdf/scol/v8n3/v8n3a06.pdf)

www.scielosp.org/pdf/scol/v8n3/v8n3a06.pdf

Cacho, L. (2005). Los demonios del edén. *El poder detrás de la pornografía infantil.*

México: Grijalbo.

Calvo, L., Escobar, A., Romero, L. y Viola, L., (2002). *Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad.* 2da ed. Uruguay: Arte

Cantón, J. & Cortés, M. (2010) *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. 2da ed. Madrid: Pirámide.

Cantón-Cortés, D., Cantón Duarte, J. & Cortés Arboleda, Ma. (2011) Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gaceta Sanitaria* 25(2), 157-165 Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gsv25n2/original11.pdf>

Cantón-Cortés, D. & Cortés, Ma. (2015) Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de la Psicología* 31(2), 552-561 Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16738685018.pdf>

Carreño, C., & Rey, A., (2010) Reflexiones en torno a la comprensión del maltrato infantil. *Universitas Psychologica* 9(3), 807-822 Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n3/v9n3a16>

Casas, A., (2006) ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes? En IIN *La protección de los derechos del niños, niñas y adolescentes frente a la violencia sexual* (pp 47-100) Recuperado de http://www.iin.oea.org/pdf-iin/2016/23La_proteccion_de_los_derechos.pdf

Corral, P., & Echeburúa, E. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82.

De Joan, G., (2015). *Consecuencias a largo plazo del Abuso Sexual Infantil en mujeres atendidas en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Un estudio en la ciudad*

de Maldonado-Uruguay. (Trabajo Final de Grado) Universidad de la República, Facultad de Psicología, Uruguay. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/5789/1/De%20Joan,%20Germaine.pdf>

De la Lengua Española, D. (2001). Real academia española. *Vigésima*, 1.

Recuperado de <http://www.rae.es/>

Del Molino Alonso, C, Goicoechea, P., & Nández, A. (2001). *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales*. Save the Children. Recuperado de https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/.../manual_abuso_sexual.pdf

Durrant, M y White, Ch.(2006) *Terapia del abuso sexual*. España: Gedisa

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C., (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.

Echeburúa, E., & Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, (43-44), 75-82. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-76062006001100006

Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C., (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual* 19(2), 469-486. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/0bcef57fa02628675137c2d6a85866d5/1?pq-origsite=gscholar>

- Escobal, A., Molas, A., Solari, M., Traversa, F. & Tuana, A. (2000). *Manual de conceptos básicos sobre violencia familiar en adolescentes, abuso físico, abuso sexual, abuso emocional*. Centro El Faro, Recuperado de www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/explotacion_sexual/Lectura10.Manual.Faro.pdf
- Faraone, A., (2007) *Estudio de la atención brindada por Casamiga 6 a situaciones de maltrato infantil y abuso sexual intrafamiliar detectados*. INAU. UNICEF. IMM. Recuperado de www.inau.gub.uy/biblioteca/faraone.pdf
- Forselledo, A., (2003). La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes en América Latina En IIN *La protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia sexual* (pp. 7-32) Recuperado de http://www.iin.oea.org/pdf-iin/2016/23La_proteccion_de_los_derechos.pdf
- Garbarino, J., & Eckenrode, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos. Enfoque ecológico sobre el maltrato de niños y adolescentes*. Barcelona: Granica.
- Gilberti, E. (Ed.). (2005). *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social*. Buenos Aires: Espacio.
- Gómez, J., Jarero, I. & Roque-López, S. (2014). Primer estudio de investigación de la aplicación del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a niños víctimas de violencia interpersonal severa. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología, y Disociación* 6(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/271727885_Primer_Estudio_de_Inves

[tiguacion de la Aplicacion del Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR a Ninos Victimas de Violencia Interpersonal Severa](#)

Gonzales, D. (2011). Reflexiones en torno al derecho y a la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes. En Gonzales, D y Tuana, A. (2011) *El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual*. (pp.59-81). Montevideo, Uruguay: Mastergraf srl.

Grabino, V. & Rostagnol, S. (2007) *Historias en el silencio: prostitución infantil y adolescente en Montevideo y área metropolitana*. UNICEF, Oficina de Uruguay y Red Uruguaya de Autonomías (RUDA). Recuperado de www.unicef.org/uruguay/spanish/prostitucion_ruda_unicef07web.pdf

Intebi, I. (1998) *Abuso Sexual Infantil. En las mejores familias*. Buenos Aires: Granica

Intebi, I. (2011) *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Granica

López, F. (1999) *La inocencia rota. Abusos sexuales a menores*. Barcelona: Océano.

López, P. (2005) Aportes desde la Educación Social para la Prevención del Abuso Sexual Infantil. Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/pablolopezmonog.pdf>

Losada, A. V., & Saboya, D. (2013) Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 102-

134. Recuperado de

<http://www.revista2.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/149/155>

Manzanero, A. & Recio, M. (2012) El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense* 18(1), 19-25 Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062012001100003

Molas, A., (2002) La violencia intrafamiliar como fenómeno social, puntualizaciones sobre la intervención profesional. En El Faro (2000) *Violencia familiar. Un punto de partida en el proyecto de vida.* (p. 1-13). Montevideo, Creagraf Recuperado de www.edumargen.org/docs/curso30-1/unid02/apunte02_02.pdf

Molina, M. (2008) *Explotación sexual. Evaluación y tratamiento.* Buenos Aires: Dunken

Peláez, J. (2010) El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 36(1), 109-123
Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/sida/abuso_sexual_e_its.pdf

Pereda, N., (2009) Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, Vol. 30 (2), pp.135-144* Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3002281>

Pereda, N., (2010) Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria* 12(46), 273-285 Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v12n46/revision2.pdf>

Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2011) Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111000045>

Pinheiro, P. (2006) *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. Ginebra: ONU. Recuperado de [http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf)

Rodríguez, Y. (2012) *Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil*. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100007

Save The Children (2001) *Abuso sexual Infantil. Manual de formación para profesionales*. España. Recuperado de: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf

SIPIAV (2012) Modelo de atención integral. Violencia hacia niñas, niños y adolescentes. Uruguay. Recuperado de: www.inau.gub.uy/index.php/.../k2/.../537_be31c83a32d49771a739033346e650f3

Tuana, A., (2013). *Derechos humanos y violencia doméstica. Herramientas conceptuales para docentes*. Recuperado de www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/40880/1/ddhhvd.pdf

UNICEF (2008) Jornadas de intercambio interdisciplinario sobre Abuso Sexual a Niños, Niñas y Adolescentes. Montevideo. Recuperado de: http://pmb.aticounicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=94

UNICEF (2009) *Progreso para la infancia, un balance sobre la protección de la niñez*. Numero 8 Setiembre. UNICEF. Recuperado de www.unicef.org/spanish/publications/index_50921.html

UNICEF (2009) *Maltrato infantil: una dolorosa mirada puertas adentro*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios9-CEPAL-UNICEF(1).pdf)

UNICEF (2013) *Mapa de Ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. Uruguay: UNICEF. Recuperado de: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/mapa_de_ruta_2013-web.pdf

UNICEF (2015) *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Recuperado de: http://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf

Vázquez, B., (1995) *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI

Zamalvide, G. (2014) *Abuso sexual intrafamiliar en la infancia y la construcción de vínculos: un estudio a partir de cinco casos*. (Tesis de Magister en Psicología

Clínica). Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4883>