

J. M. Velilla Picazo
P. Ruiz Lázaro

Los abusos sexuales en la infancia

Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Clínico Universitario
Zaragoza.

Correspondencia

J. M. Velilla Picazo
Hospital Clínico Universitario
Avda. Gómez Laguna s/n
Zaragoza

Child sexual abuse

Uno de los acontecimientos vitales más traumáticos, por sus consecuencias inmediata y sus repercusiones negativas en el desarrollo de la personalidad, es el maltrato durante los años de la infancia, destacando dentro de éste, el *abuso sexual*, por su especial impacto y las graves consecuencias que producen.

Siempre ha existido el abuso sexual en la infancia, si bien es cierto que en la actualidad, los medios de comunicación se encargan de difundir muchos de estos casos, con la consiguiente alarma social, que no siempre se traduce en una mayor concienciación y mejor prevención de este problema.

El daño producido no va a depender solamente de las *características de la agresión sexual*, (una amplia gama que abarca desde las insinuaciones y conversaciones intencionadas con fines seductores, hasta los actos sexuales más explícitos y violentos), sino que hay que considerar igualmente otros *factores* como el momento evolutivo por el que atraviesa el niño, el desfase de edad del niño con respecto al agresor, la actitud de sometimiento y de coerción que esto conlleva, muchas veces el contexto de deterioro y carencia afectiva en el que la agresión se produce, y en no pocas de ellas, la reiteración del mismo a lo largo del tiempo.

A todo ello hay que añadir un factor especialmente perturbador, que es el hecho revelado por la mayoría de

los estudios, de que el abuso sexual suele producirse en un número importante de casos dentro del contexto familiar o de personas conocidas por el niño, con los consiguientes sentimientos de ambivalencia, situación de dependencia, distorsión de procesos identificadores y un silencio defensivo o impuesto de forma amenazadora (cuando no la mentira justificadora que hacen especialmente difícil la detección y resolución del problema). Asimismo señala Browne⁽¹⁾ la mayor repercusión del abuso sobre el desarrollo de la personalidad y la conducta del niño, cuando existe una pobre relación con sus padres y también testigo de malos tratos conyugales y es maltratado emocionalmente o recibe castigos físicos severos en la familia.

Si nos atenemos pues a la naturaleza, las circunstancias y el contexto de la agresión, surge la especial dificultad que supone para el profesional detectar estos casos, provocar la revelación por parte del niño, comprobar la veracidad y las circunstancias y por lo tanto poder actuar con una doble finalidad terapéutica y preventiva.

En cuanto a la *frecuencia*, hay que decir que las cifras aportadas por diferentes estudios, van a estar lógicamente condicionadas por los múltiples problemas metodológicos que estos estudios plantean. No obstante, conforme van siendo revelados los trabajos más recientes

142 resultan altamente preocupantes. Davenport ⁽²⁾ aporta entre otros, los siguientes:

- En EE.UU. uno de cada dos sujetos drogodependientes recuerdan haber sido objeto de abusos sexuales en su infancia.
- El 90% de las personas que acuden a una consulta de disfunciones sexuales, manifiestan ese mismo antecedente.
- Al menos 8 de cada 10 pacientes psiquiátricos, diagnosticados de "trastornos de la personalidad", han sido objeto de abuso sexual en su niñez.
- Resultados similares se han encontrado en estudios realizados en Nueva Zelanda e Inglaterra, en muestras de población general y en pacientes psiquiátricos; por ejemplo, en algunas de estas investigaciones, más de la mitad de pacientes tratados por "trastornos de la conducta alimentaria", afirmaron haber sufrido experiencias sexuales adversas en su infancia.
- En un estudio llevado a cabo en la ciudad de Cincinnati, en población general que acude al "teléfono de la esperanza", un 27% de mujeres y un 16% de hombres, refieren antecedentes de este tipo de abuso⁽¹⁾.

En España hay que referirse obligatoriamente al reciente trabajo publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales "Abusos sexuales a menores, lo que recuerdan de mayores"⁽³⁾, ya que es el primero que de una manera oficial trata de este tema monográficamente. Pues bien, los resultados no se diferencian a grandes rasgos, de los publicados en otros países:

- Nada menos que un 20% de las niñas y niños españoles, menores de 17 años, sufre algún abuso sexual. Además un 44,2% de ellos, padecen estas conductas en más de una ocasión.
- En un 43,5% de casos, el agresor es alguien conocido del menor y en las niñas es más habitual sufrir abusos de algún familiar.
- Incluso se llegan a perfilar algunos rasgos de la posible víctima (a pesar de que no hay que olvidar que cualquier niño o niña está dispuesto a sufrir en algún momento este tipo de conductas): con ciertas posibilidades se tratará de una niña de entre 10 y 13 años (la edad escolar ya ha sido señalada en otros trabajos como la de mayor riesgo)⁽⁴⁾. El agresor suele ser un varón (87%), de entre 31 a 50 años (45%) y más que a la violencia física, va a recurrir a la amenaza, el engaño y la sorpresa. A esto hay que añadir que el abuso suele ser más grave cuando lo produce al-

guien de la familia, por sus consecuencias para el menor.

También hay datos que apoyan que serán mayores los traumas y los problemas de salud mental, en los casos de contacto sexual más violento. Asimismo, la evidencia sugiere que las víctimas más jóvenes pueden resultar más severamente afectadas.

Según Davenport ⁽²⁾, la experiencia del abuso en cada víctima será diferente y su respuesta al mismo estará determinada por sus propios recursos personales y su perspectiva vital, por lo que se puede observar un amplio espectro de *Efectos a corto y largo plazo*. El abuso sexual en sus diferentes formas va a contribuir o a precipitar el inicio de un amplio rango de trastornos, que son consecuencia directa de un estrés agudo grave o de una situación traumática mantenida:

- Según la C.I.E.- 10 de la OMS⁽⁵⁾, las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación, se presentan en todos los grupos de edad, incluyendo niños y adolescentes, pudiendo observar en muchos de estos casos una serie de reacciones conductuales u otros síntomas patológicos que hacen pensar en "reacción a estrés agudo", "trastorno de estrés post-traumático", o "trastornos de adaptación" (F43-0, F43-1 y F43-2, respectivamente).
- Sintomatología ansiosa a veces con marcado cortejo vegetativo.
- Estrechamiento de la atención con incapacidad para asimilar estímulos con la consiguiente repercusión negativa en los procesos de aprendizaje.
- Alteraciones conductuales que oscilan desde la inhibición, la apatía y la evitación, a la irritabilidad e hiperactividad.
- Trastornos de la esfera vegetativa destacando las alteraciones del sueño.
- Sentimientos negativos de sí mismo, de rechazo, de culpa y de búsqueda de la soledad, que le conducen a una baja autoestima y a la búsqueda del castigo.
- Somatizaciones diversas.
- Trastorno de la esfera afectiva de tinte depresivo, cuando no el inicio de un síndrome depresivo.
- Conductas autolíticas y otras de contenido autoagresivo, como la precipitación hacia el consumo de drogas. Hay que recordar la alta frecuencia de toxicómanos con antecedentes de abuso sexual en la infancia.

Tenemos que mencionar de forma especial, las consecuencias negativas sobre la posterior evolución de la

sexualidad, ya que se ha podido comprobar que el 25% de estos niños y el 9% de las niñas, comienzan a mostrar un interés prematuro y ambivalente hacia la sexualidad, siendo en ellos el posterior rechazo al otro sexo, tres veces superior a lo normal y tendrán un 60% más de posibilidades de sufrir insatisfacción o problemas sexuales⁽³⁾.

Antes hemos hecho referencia a las dificultades con que los profesionales nos encontramos a la hora de *detectar y valorar estos casos*, teniendo que recurrir a diversas estrategias para provocar la revelación, como son técnicas de juego, pruebas proyectivas, entrevistas diagnósticas psiquiátricas estructuradas, valoración de la familia, informes sobre aspectos conductuales etc.... No resulta menos complejo el *abordaje terapéutico*, ya que el tratamiento no es sólo al niño sino también a la familia, haciendo una doble distinción entre "familias cuyos niños fueron agredidos por un tercero exterior a ésta" y "familias productoras de abusos sexuales intrafamiliares". Se han mostrado eficaces en estos casos diferentes modalidades de terapia individual, terapia de pareja, terapia familiar, terapia de grupos y grupos de autoayuda. Pero indudablemente el mejor tratamiento de este problema es la puesta en marcha de medidas preventivas eficaces. Desgraciadamente se comprueba la falta de información a los padres sobre cómo mantener seguros a sus hijos, sobre todo cuando los dejan al cuidado de otras personas, la carencia de programas específicos dirigidos a profesionales que trabajan en las redes de atención sanitaria y especial-

mente a profesores y educadores. Diferentes autores coinciden en valorar la escuela como el lugar idóneo para que los niños aprendan a reconocer cuando pueden ser víctimas de un abuso sexual y saber cómo reaccionar frente a ello, cómo informar a la familia o a sus educadores y comprender que una experiencia de este tipo se supera con ayuda.

En el trabajo mencionado anteriormente, publicado en nuestro país por el Ministerio de Asuntos Sociales⁽³⁾, destacan entre otros algunos datos que por su trascendencia nos deberían hacer reflexionar muy seriamente:

- La población general piensa que la incidencia de los abusos sexuales en la infancia, es la mitad de frecuente de lo que las estadísticas revelan.
- Se tiene la falsa idea de que los agresores son "enfermos mentales", cuando la realidad demuestran que suelen ser personas aparentemente normales con una conducta adaptada.
- A la pregunta "¿Denunciaría o pediría ayuda si se entera de que su hijo o hija ha sufrido abusos sexuales?", la mayoría de encuestados responde que "sí".

Sin embargo, la realidad nos ofrece una impactante respuesta: un 9% de las víctimas no son creídas por las personas a quienes cuentan lo sucedido, un 12% de estos niños son castigados o reñidos tras contarlo y por último, sólo un 12% de las personas a las que se lo comunican, lo denuncia. Las madres en particular son reacias a hacerlo cuando el agresor es otro miembro de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Browne KD. Child sexual abuse. En: Archer J, ed. *Male violence*. London: 1994:210-30.
- 2 Davenport C. Opinions on the traumatic effects of child abuse: Evidence for consensus. *Child abuse and neglect* 1994;18.
- 3 López Sánchez F. *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
- 4 Sardinero E, Pedreira JL. Características del maltrato en la edad escolar. *Psiquis* 1995;1(16):41-50.
- 5 C.I.E. 10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Forma, 1992.