

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA: PSICOLOGÍA

Tesis previa a la obtención del título de: PSICÓLOGA

TEMA:

MANUAL PARA EL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE ABUSO Y VIOLENCIA SEXUAL QUE SE ENCUENTRAN AMPARADOS POR EL SISTEMA DE PROTECCION A VICTIMAS Y TESTIGOS DE LA FISCALIA GENERAL DEL ECUADOR.

AUTORA:

MÓNICA DEL PILAR GUALPA SANTANA

DIRECTORA:

ROSA HERLINDA ARMAS CAICEDO

Quito, septiembre del 2013

**DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE USO DEL
TRABAJO DE GRADO**

Yo Mónica del Pilar Gualpa Santana autorizo a la Universidad Politécnica Salesiana la publicación total o parcial de este trabajo de grado y su reproducción sin fines de lucro.

Además declaro que los conceptos y análisis desarrollados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor.

Quito, septiembre del 2013

Mónica del Pilar Gualpa Santana

0502071319.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación que por un lado termina una etapa y a la vez abre otra etapa trascendental en mi vida, está dedicado orgullosamente a MI FAMILIA por ser el pilar fundamental en todo lo que soy como ser humano, por su incondicional apoyo a través del tiempo.

Está dedicado con mucho amor a mi ángel en la tierra, MI MADRE digno ejemplo de perseverancia y fortaleza; gracias a ella puedo ver realizada y alcanzada mi meta ya que siempre estuvo impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera y porque el orgullo que siente por mí, me hizo ir hasta el final.

A MI PADRE porque fomento en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mi HERMANA por compartir mis sueños, por su cariño y por alentarme a seguir en la búsqueda de mayores metas.

A SAMANTHA, mi sobrina adorada por ser mi inspiración, la que con su amor, inocencia y ternura me impulsa a ser mejor cada día.

Especialmente dedico mi manual a todos los niños, niñas y adolescentes a quienes les robaron la inocencia, quienes pese a su indefensión y a sus pérdidas constantes, luchan día a día por proseguir sin entender muchas veces, guerreando siempre por encontrar y salvar al niño escondido para tener una vida sin temor.

Mil palabras no bastarían para agradecerles por su apoyo su colaboración, comprensión y confianza en todo momento.

Finalmente me comprometo conmigo misma y con todos y todas ustedes a ser mejor ser humano cada día y por ende a ser la mejor psicóloga, y desde el espacio profesional en el que me encuentre servir de forma ética a todas las personas que necesiten y recurran buscando ayuda. Ejerceré de acuerdo a mi profesión pegada a las normas deontológicas de la psicología que realmente respeto y me apasiona.

A todos no los defraudare y espero contar siempre con sus consejos y su valioso apoyo sincero e incondicional.

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud, principalmente está dirigida al Dios Todopoderoso por haberme dado la existencia, por bendecirme, porque está conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haberme puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte durante todo mi período de estudio, lo cual me ha permitido llegar al final de este mi gran sueño.

Quiero agradecer a nuestra casa de estudios mi querida UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA por haberme dado la oportunidad de ingresar al sistema de Educación Superior y formarme para ser una profesional con excelencia humana y académica.

A mi directora de tesis, DRA. ROSA ARMAS por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

A todos y cada uno de los docentes que me han aportado con sus conocimientos durante mi formación, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético, en la adquisición de conocimientos, afianzando mi formación como estudiante universitario.

Le agradezco de forma especial a la DRA NATACHA VILLACRESES quien fue mi guía en la elaboración de mis practicas pre-profesionales, agradecerle por su visión crítica en muchos aspectos de mi formación personal y profesional, por todos los conocimientos compartidos contribuyendo en mi formación y experiencia, pero sobre todo por haberme orientado en la temática expuesta en la elaboración de mi tesis.

A la DRA DALILA HEREDIA, por su rectitud, por sus consejos y apoyo incondicional; por haber confiado en mis conocimientos adquiridos, dándome la oportunidad de realizar mis prácticas en la Fiscalía General del Estado, institución a la cual voy aportar con mi trabajo de grado.

Son muchas las personas que han formado parte en mi vida estudiantil universitaria, a las que me encantaría agradecerles su afecto, amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mi historia personal, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

A todas y todos quienes de una u otra forma han colocado un granito de arena para el logro de este Trabajo de Grado, agradezco de forma sincera su valiosa colaboración.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

1.1 Definición de Niño/Niña	7
1.1.1 Definición según organismos internacionales	7
1.1.2 Definición según leyes nacionales	8
1.2 Desarrollo del niño/niña	10
1.2.1 Psicológico	10
1.2.1.1 Formación de la personalidad	10
1.2.1.2 Relaciones familiares	10
1.2.2 Sexual	11
1.2.2.1 Desarrollo de la sexualidad	11
1.2.3 Social	12
1.2.3.1 Socialización	12
1.3 Adolescencia	13
1.3.1 Definición de adolescencia	13
1.3.2 Definición según leyes nacionales	13
1.4 Desarrollo del adolescente	14
1.4.1 Físico	14
1.4.2 Intelectual	14
1.4.3 Sexual	15
1.4.3.1 Sexualidad en los adolescentes	15
1.4.4 Comportamiento	15

CAPÍTULO II

CRISIS Y TRAUMA

2.1 Crisis	17
2.1.1 Definiciones de crisis	17
2.2 Tipos de crisis	19

2.3 Trauma	19
2.3.1 Traumas infantiles	21
2.3.2 Trauma crónico o repetido	22
2.4 Diferencias entre crisis y trauma	23
2.4.1 Factores de riesgo	23
2.5 Problemas en la infancia y adolescencia que generan trauma	26

CAPÍTULO III

ABUSO Y VIOLENCIA SEXUAL

3.1 Generalidades	33
3.1.1 Concepto y definiciones	34
3.1.1.1 Definiciones de abuso sexual	34
3.1.1.2 Abuso sexual en el ámbito psicológico	34
3.1.1.3 Abuso sexual en el ámbito legal	35
3.1.2 Definición de violación	35
3.1.2.1 Violación sexual	36
3.1.2.2 Violación física	36
3.1.2.3 Violación psíquica	36
3.2 Características, tipo o categorías del abuso sexual infantil	37
3.2.1 Características	37
3.2.2 Categorías	37
3.3 El abuso sexual como un abuso de poder	41
3.4 Etiología	42
3.5 Perfiles del abuso sexual	44
3.5.1 Abuso sexual intrafamiliar	44

3.5.2 Abuso sexual extra-familiar	47
3.6 Secuelas	49
3.7 Factores mediadores del abuso sexual infantil	52
3.8 Indicadores	53
3.8.1 Indicadores físicos del abuso sexual infantil	53
3.8.2 Indicadores conductuales del abuso sexual infantil	54
3.9 Impacto del abuso sexual en los niños, niñas y adolescentes	55
3.9.1 Impacto del abuso sexual a corto plazo	56
3.9.1.1 Impacto en la salud física a corto plazo	56
3.9.1.2 Impacto en la salud mental a corto plazo	58
3.9.1.3 Impacto de la sexualidad a corto plazo	65
3.9.2 Impacto del abuso sexual a largo plazo	68
3.10 Consecuencias del abuso sexual infantil	68
3.10.1 Consecuencias del abuso sexual en adolescentes	69
3.11 Modelos explicativos del abuso y violencia sexual	69
3.11.1 Modelos unifactoriales	70
3.11.2 Modelos multifactoriales	71

CAPÍTULO IV

ACOMPañAMIENTO. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

4.1 Acompañamiento Terapéutico	74
4.2 Tratamiento	75
4.2.1 Objetivos del tratamiento	75
4.2.2 Fases del tratamiento	76
4.3 Terapia Cognitivo Conductual	79

4.4 Tratamiento Cognitivo Conductual en el abordaje de ASI y estrés	81
4.5 Modelos de tratamiento en la intervención psicológica	83
4.5.1 Psicoterapia de apoyo en abuso y violencia sexual	83
4.6 Prevención	91
4.6.1 Prevención del abuso sexual infantojuvenil	91
CONCLUSIONES	96
LISTA DE REFERENCIAS	98

ÍNDICE DE ANEXOS

- 1.- Manual para el acompañamiento psicológico de niños y niñas de 3 a 7 años víctimas de abuso y violencia sexual que se encuentran amparados por el Sistema de Protección a Víctimas y Testigos de la Fiscalía General del Ecuador.
- 2.- Manual para el acompañamiento psicológico de niños y niñas de 7 a 12 años víctimas de abuso y violencia sexual que se encuentran amparados por el Sistema de Protección a Víctimas y Testigos de la Fiscalía General del Ecuador.
- 3.- Manual para el acompañamiento psicológico de Adolescentes víctimas de abuso y violencia sexual que se encuentran amparados por el Sistema de Protección a Víctimas y Testigos de la Fiscalía General del Ecuador.

RESUMEN

El Abuso Sexual Infantojuvenil es una realidad que convive con nosotros cotidianamente. Muchos son los menores en nuestro país; afectados por este grave problema, ya sea dentro de su núcleo familiar o fuera de él. Como sociedad tenemos la obligación de hacer frente a esta realidad, comprometiéndonos y formándonos en un marco de protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, que salvaguarde su integridad emocional, física y social.

El presente manual es un aporte al Sistema de Protección a Víctimas y Testigos de la Fiscalía General del Ecuador, orientado principalmente a los agentes del área de salud mental, vinculados al trabajo con la infancia en esta temática tan lacerante en el desarrollo de nuestros menores. Teniendo como objetivo proporcionar algunos elementos técnicos y didácticos a incorporar al momento de abordar los casos en términos preventivos; para lo cual, se ha tomado como referente teórico a la escuela cognitivo-conductual y a sus técnicas probadas en la temática.

Su diseño lejos de constituir un esquema rígido para su aplicación, conforma un grupo de contenidos y herramientas a tener en cuenta al momento de aplicar las cartillas en el proceso psicoterapéutico. La intervención va a depender del tipo de abuso sufrido, problemáticas presentes y necesidades específicas del menor; datos que se obtienen previamente mediante la evaluación.

El tratamiento se diseñara teniendo en cuenta las particularidades y características de los menores, de forma individual, grupal o familiar, seleccionando además el lugar y la temporalización, cumpliendo con el acompañamiento, tratamiento y prevención.

Palabras clave: abuso sexual, niños, niñas, adolescentes, tratamiento, psicoterapia.

ABSTRACT

The children and Youth Sexual abuse is a reality that coexists with us on a daily basis. Many are minors in our country; affected by this serious problem, either within the family or outside it. As a society, we have the obligation to face this reality, committing and forming us into a framework for the protection of the rights of children, girls and adolescents; you safeguard your emotional, physical and social integrity.

This manual is a contribution to the protection system for victims and witnesses of the General Prosecutor's Office of Ecuador, aimed mostly at the area of mental health agents, linked to the work with children in this so poignant theme in the development of our children. Aiming to provide some technical and didactic elements to incorporate into dealing with cases in preventive terms; which has been taken as reference theoretical school cognitive-behavioral, and their techniques tested in the subject matter.

Design far from constituting a rigid schema for your application, forms a group of content and tools to take into account at the time of applying primers in the psychotherapeutic process. The intervention will depend on the type of abuse suffered, present problems and needs of the child; data previously obtained through the assessment.

Treatment will be designed taking into account the peculiarities and characteristics of children, form individual, group or family, by selecting in addition the venue and the timing, complying with the accompaniment, treatment and prevention.

Key words: sexual abuse, children, girls, adolescents, treatment, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos 20 años, los pasos dados por el Estado para proteger a los ecuatorianos, en particular a los niños, niñas y adolescentes de la violencia y abuso sexual, han sido fundamentales e importantes, pues tienen como base las diferentes convenciones, declaraciones y conferencias internacionales que son en su mayoría ratificadas por el Estado ecuatoriano, cumpliendo con la responsabilidad de ser garantes de derechos de los/as ciudadanos y por ende de los menores que son el futuro del país.

Desgraciadamente hay que mencionar que el abuso y violencia sexual en todas sus formas, de la misma manera, como el resto de malos tratos, es un problema muy extendido, constituyéndose en un fenómeno que agrede, directamente al concepto general de civilización y de humanidad; con la que cualquier pueblo intenta representarse a sí mismo. Esta es una realidad que ha existido siempre a lo largo de la historia, y de la cual cada vez se conocen más sus consecuencias negativas, por su impacto en todas las etapas y entornos en la vida del individuo.

Por lo que es significativo, aludir la creciente prevalencia del abuso sexual en el Ecuador, a través de datos obtenidos de movimientos de instituciones de derechos humanos internacionales, entidades nacionales y organismos de control, salud y justicia que manejan cifras estadísticas acerca de la prevalencia e incidencia de los delitos sexuales, señalan incrementos de la violencia sexual en casos específicos de género y edad.

Reconociendo tres formas de violencia recurrentes en el Mundo y el País, las cuales violentan los derechos humanos de las personas como son: violencia intrafamiliar, violencia sexual basada en el género, y violencia y abuso sexual al menor; siendo esta última forma, motivo de estudio en el desarrollo del presente trabajo.

“El abuso y la violencia sexual generan procesos particulares en la vida de una persona expresados a través de signos y síntomas físicos, psicológicos, psiquiátricos, relacionales, morales y sociales”. (Vasquez, Agresión Sexual, Evaluación y tratamiento en menores, 2002, pág. 08)

Las vivencias y experiencias de los primeros años de vida de una persona, tienen un importante significado en la formación de la personalidad de los seres humanos, sobre todo en la infancia y adolescencia; el abuso sexual marca la vida del menor generándole situaciones traumáticas profundas en su historia de vida; así como también marca la experiencia de lo que significa estar dentro del proceso legal en busca de justicia.

Estas consecuencias dependerán de distintos factores y de la incorporación de varios aspectos tales como: la edad de la víctima, el parentesco o relación, las circunstancias, el tipo de estrategias, la asimetría de edad, el tipo de conducta sexual que se produjo entre el abusador y la víctima o tipo de agresión, la personalidad de la víctima, duración de la agresión, frecuencia de la agresión, y la reacción del entorno que en la mayoría de los casos, es la que re-victimiza y genera estresores y cuadros patológicos graves.

El Estado ecuatoriano, dentro de sus organismos de Administración de Justicia cuenta con la Fiscalía General del Estado a nivel nacional; institución encargada de representar y velar de modo efectivo por los derechos de los ecuatorianos, aplicando las leyes desarrolladas, que contribuyen a combatir la impunidad y la corrupción frente a la trasgresión de normas sociales que se vive en el sistema

A fin de asumir tal responsabilidad y considerando los derechos de los ciudadanos ecuatorianos; la Constitución Política de la República, en su Art. 219, inciso cuarto expresa que la Fiscalía velará por la protección de las víctimas, testigos y otros participantes en el juicio penal, desarrollándose acciones que viabilizaran la atención oportuna a las personas que colaboran con el avance positivo del proceso legal y que requieran de protección del Estado.

Así, ante la sospecha de que un niño/a o un adolescente, ha sido violentado y abusado sexualmente y es víctima de alto riesgo, se asocia la actuación del poder judicial, ello no sólo por su poder coercitivo para tomar medidas que detengan el abuso, sino también para que brinde un marco adecuado, a la tarea de orientación y apoyo psicológico, medico, legal, policial y social; por las secuelas producto del abuso o violencia sexual vivenciados por el menor.

Estas circunstancias aberrantes vivenciadas por el menor, junto con todo lo que conlleva estar anegado en un proceso legal; trámite que se genera al asentar una denuncia por un delito sexual que pasa por una serie de diligencias que terminan cuando el juez emite la sentencia (meses o años después).

La excesiva extensión temporal de las investigaciones relacionadas con este tipo de hechos delictivos, la falta de especialización y técnicas de las personas llamadas a acoger e investigar; sumada a las múltiples ocasiones en las cuales es citado a declarar ante personas extrañas como jueces, fiscales, defensores, psicólogos, médicos, entre otros los cuales proceden en las etapas investigativas resultan al final siendo revictimizantes y desgastantes para la víctima y la familia.

Esto se paliaría en parte si se contara con espacios idóneos, material calificado que sea didáctico y de fácil aplicación (protocolos unificados de atención, cartillas didácticas en manejo a víctimas de delitos sexuales, técnicas, talleres guía y modelos de atención en acompañamiento, tratamiento y prevención de abuso y violencia sexual) y personal capacitado que realice su trabajo con técnicas probadas en el manejo de estos casos.

Tomando en cuenta que es una necesidad imperiosa la intervención psicológica, y el correcto manejo de los menores víctimas de delitos sexuales; los mismos que son en su gran mayoría casos de alto riesgo por su nivel de inseguridad y el sigilo de los casos.

Poniéndose de manifiesto que la violencia en todas las formas de los delitos sexuales, generan daños irreversibles en los menores, lo cual produce impactos a nivel físico, psíquico y social; afectando no solo a la víctima, sino también a su familia y a la sociedad misma ya que estos son definidos como eventos de interés en salud pública y social. Por lo que se requiere de la máxima atención de las instituciones garantes de justicia. Dichas instituciones acogen a las víctimas, pero no cuentan con instrumentos propios que los identifiquen con los casos de su real manejo.

Al contar con material adecuado se garantiza el abordaje de los menores en las diferentes instancias pertinentes que se generan en la dinámica diaria institucional; esto evitara el abandono de los casos y que debido a esto, los mismos se sigan quedándose en

la impunidad; haciéndose imperioso establecer, preparar y capacitar a los niños para su propia protección, y a la familia que sean el primer apoyo en el manejo de la situación traumática y en la prevención de los abusos sexuales, y el afrontamiento de los hechos y de las diversas experiencias dentro de las etapas del proceso penal

En vista de la falta de herramientas, se hace imperiosa la creación de material que ayude en la labor psicoterapéutica. Por lo que se optó por la creación de un manual de referencia psicológica que brinde y garantice a los menores víctimas de abuso y violencia sexual y a su familia atención psicológica integral (apoyo, asistencia, seguimiento, prevención, protección, y orientación general) a través de técnicas psicoterapéuticas rápidas y flexibles que permitan el vertiginoso manejo de los equipos técnicos en el área de psicología, y de los operadores de justicia, de la Unidad de Protección a Víctimas y Testigos de la Fiscalía General del Estado, espacio que acoge diariamente casos de delitos sexuales.

Este estudio y creación propone además la toma de algunas medidas concretas para prevenir y reducir este tipo de violencia. Como la imperiosa creación de guías y/o manuales de abordaje, tratamiento, seguimiento y prevención para víctimas de delitos sexuales, así como el material didáctico apropiado y calificado para este tipo de problemática, que se provea de una guía que contenga herramientas sencillas de fácil manejo, con técnicas o mecanismos que les permita a los operadores de justicia, manejar de forma procedente al menor en las diferentes instancias del proceso penal; evitando revictimizarlos y logrando obtener la mayor y mejor información para la correcta investigación del delito, permitiendo que el caso se resuelva en el menor tiempo posible, garantizando el debido proceso.

El manual cuenta con material didáctico apropiado, técnico y especializado, el mismo que está respaldado en la experiencia clínica en atención de personas que han vivenciado las diferentes formas de abuso y violencia sexual.

Un modelo de trabajo psicoterapéutico de amplia dimensión, el cual se realiza a través de la utilización simultánea y combinada de distintos métodos, técnicas y estrategias terapéuticas prácticas, que permitan disminuir los síntomas en un tiempo breve de

terapia, y a un menor costo emocional, pues cada técnica cumple distintas funciones que representan los diferentes aspectos del proceso global contribuyendo así a los objetivos generales de la intervención.

Para lo cual se ha optado y se tomara los criterios básicos de la línea teórica cognitivo-conductual; que es de todas las aproximaciones psicoterapéuticas la más experimentada, científicamente probada para tratar a menores víctimas de abuso y violencia sexual, ha generado los mejores resultados, clínicamente relevantes y beneficiosos para mejorar y lograr la superación del trauma y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes.

En lo que respecta al tratamiento de menores víctimas de delitos sexuales, actualmente el programa cognitivo-conductual, específico de abuso y violencia sexual, es considerado como el único que ha recibido un claro apoyo empírico, por lo que debiera ser uno de los protocolos más utilizado en este tipo de problemática.

De igual forma el modelo cognitivo- conductual centrado en el trauma, es de gran ayuda, en ellos se incluyen técnicas como: el modelado, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, exposición gradual, procesamiento cognitivo y afectivo, comunicación asertiva, desensibilización sistemática, psi-coeducación sobre el abuso sexual, reeducación de la sexualidad sana y habilidades de seguridad personal a través del apoyo de técnicas en expresión grafo-plástica, lúdica, psicodrama, role playing y entrenamiento de habilidades de relajación, y de resolución de problemas.

Si bien estos mejoran sus efectos si combinamos con técnicas y terapias de apoyo como la intervención en crisis, las terapias breves o de emergencia, terapia de contención entre otras; enfocadas en la reestructuración psíquica centrada en la contención y racionalización, en un proceso de terapia individual, familiar y grupal. Esto a través de la musicoterapia, ludoterapia, arteterapia, sociodramas, biblioterapia, teatrinos, técnicas de expresión grafo-plástica entre otras; todas dentro del lineamiento teórico planteado, es decir, con un enfoque cognitivo-conductual.

Estas técnicas ayudaran al menor a entender, integrar, resolver y superar aquellas experiencias traumáticas que han afectado su desarrollo, así como sus pautas de interacción con el entorno y su seguridad integral con el objetivo de que el niño/a o

adolescente recupere la confianza básica en sí mismo y aprenda a relacionarse de manera adaptativa con sus iguales y con otros adultos, mejorando aquellas potencialidades desquebrajadas y su calidad de vida producto de la experiencia traumática vivida.

El manual además tiene la intención directa de evitar la re-victimización, mejorando la calidad de atención, facilitándoles a los operadores de justicia, herramientas necesarias para la intervención adecuada y emergente, en los casos de delitos sexuales; cumpliendo con los requerimientos y las necesidades de las víctimas y la institución en aras de la consecución de una niñez protegida, prevenida y asistida, en la difícil situación traumática que le ha tocado vivir. Esto por medio, de un proceso de abordaje y acompañamiento breve y eficaz que le permita conseguir el equilibrio en todos los ámbitos que el menor se desenvuelva, en el presente y en su vida futura.

Creando en los y las menores víctimas de abuso sexual infantil estilos de afrontamiento cognitivos, emocionales y comportamentales que les permita una mejor calidad de vida, ampliando sus horizontes de salud, así como un autoimagen y autoestima adecuada; evitando que los menores magnifiquen su dolor y tragedia el acceso al pleno disfrute de sus derechos como seres humanos, que les ayude a superar el trauma, recuperar su autoestima junto con su infancia, a informarse y prevenir el delito sexual. Evitando ser nuevamente abusadas o violentadas como sucede con la mayoría de menores, o en el peor de los casos, que se prostituyan, o que abusen de otros menores.

El apoyo psicológico es de gran valía, lo cual permitirá minimizar los efectos del trauma, logrando así que las víctimas por medio de las técnicas planteadas con el fin de que se realice una verdadera contención emocional. Apuntando en el proceso terapéutico básicamente a mejorar la situación social del niño, respaldando a recuperar la afectividad y autoestima que pierden en este tipo de abusos, generando un trabajo amplio en la prevención, información y educación para que no se vuelvan a repetir nuevas situaciones de abuso y/o violencia sexual. De lo contrario sería complejo y complicado que la víctima se recupere del hecho.

CAPÍTULO I

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

La Convención de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes; fue el primer instrumento internacional que reconoció los derechos de la infancia. Esta convención logra el reconocimiento de derechos civiles y políticos para los niños, niñas y adolescentes. Estos derechos nunca antes habían sido puestos al alcance de la infancia, otorgando a los menores, la capacidad de solo ser beneficiarios pasivos de la protección y convertirse más bien en destinatarios activos y comprometidos con sus derechos.

Sin duda alguna, la Convención de Derechos de los Niños, ha servido para crear de manera definitiva su derecho a recibir atención, protección y recursos de sus gobiernos, así como de todos los sectores de la sociedad a la cual pertenecen.

Niño/a, puede definirse desde varios puntos de vista:

1.1. Definición de Niño /Niña

“Desde el punto de vista de su desarrollo psico-biológico, es la denominación utilizada a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad. Como sinónimo de infantil o pueril, el término se aplica a quien no es considerado adulto.” (Naciones Unidas).

1.1.1. Definición según Organismos Internacionales

Niño/Niña.- Según la mayoría de las normas jurídicas internacionales:

Es toda persona menor de 18 años. La mayor parte de los países del mundo han fijado asimismo la mayoría de edad civil en los 18 años. Amnistía Internacional utiliza esta definición, al igual que la mayoría de ONGs y los grupos de defensa de los derechos del niño. (Mendieta, Rojas, & San Martin, 2007, pág. 14)

La Convención sobre los Derechos del Niño, en vigor desde el 2 de septiembre de 1990, señala que "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad,

salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad". Esta convención recoge los principales derechos de niños y niñas a lo largo del mundo.

Niño/Niña.- Es todo ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad. Por lo tanto está en la etapa de la niñez y además tiene pocos años de vida. En un sentido más amplio, la niñez abarca todas las edades del niño; desde que es un lactante recién nacido hasta la pre-adolescencia, pasando por las tres etapas de la infancia, pubertad y adolescencia. (Shaffer pág: 12)

1.1.2. Definición según Leyes Nacionales.- En nuestro país los niños, niñas están enmarcados por una ley general y una especial.

Desde el ámbito legal: **niño/niña** "Se entiende por niño todo ser humano que se encuentra en un periodo que abarca desde el nacimiento hasta cumplir dieciocho años de edad o alcanzar la emancipación, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad". Las edades consideradas fluctúan según el contexto, aunque el término niño suele emplearse para designar a los menores de entre 12 a 14 años, llamándose jóvenes o adolescentes a los que han superado dichas edades. (Mendieta, Rojas, & San Martín, 2007, pág. 15)

El Código Civil, en el artículo 21, nos dice: "Llamase infante o niño el que no ha cumplido siete años, impúber, el varón que no ha cumplido catorce años y la mujer que no ha cumplido doce...".

Sin embargo, en el artículo 4, la ley especial que es el Código de la Niñez y Adolescencia establece que "Niño o niña es la persona que no ha cumplido doce años de edad".

Se puede apreciar que en la primera ley aún se contempla la concepción de infante e impúber, términos que han dejado de utilizarse, y así lo hace la ley especial, en la cual se establece que es la persona que no ha cumplido una edad determinada.

Debemos especificar que los términos infante e impúber son utilizados con mucha frecuencia en el desarrollo del niño y niña, es así que se entendía como infante, a los bebés de 0 a un 1 año, término establecido por su origen latino “infantis” in- de negación y for faris-hablar, por lo que a los niños pequeños cuando todavía no han aprendido a hablar se los denominaba infantes; y la calidad de impúber o niñez la adquirirían los niños de entre 5 a 10 años, por lo general, cuando estos ingresaban a la primaria.

Desde la evolución psico-afectiva: Se entiende por niño o niña aquella persona que aún no ha alcanzado un grado de madurez suficiente para tener autonomía.

Desde el desarrollo físico: Es la denominación utilizada para referirse a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad.

Sociocultural: Según las condiciones económicas, las costumbres y las creencias de cada cultura el concepto de infancia pueden variar, así como la forma de aprender o vivir.

La primera y segunda infancia, que va de los 0 a 3 años y de los 3 a 7 años de edad respectivamente; representan etapas decisivas en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, y son etapas vulnerables del crecimiento puesto que son periodos, en que los humanos muestran gran dependencia, motivo por el cual requieren especial protección.

En esta fase se forman las capacidades y condiciones esenciales para la vida, la mayor parte del cerebro y sus conexiones. El amor y la estimulación intelectual permiten a los niños y niñas desarrollar la seguridad y autoestima necesarias. Para ello, su entorno y las condiciones de vida de la madre son fundamentales.

La familia, la comunidad y la escuela son esenciales en esta etapa de crecimiento acelerado que requiere las condiciones adecuadas para lograr un mejor desarrollo para el aprendizaje, el juego y el descubrimiento, así como para estimular la motricidad y la creatividad. Esta etapa es fundamental también para aprender normas sociales y adquirir valores como la solidaridad y el sentido de justicia.

Definiéndolo a un niño/a como un ser humano que aún no ha alcanzado la pubertad. Por lo tanto está en la etapa de la niñez y además tiene pocos años de vida. En un sentido más amplio, la niñez abarca todas las edades del niño; desde que es un lactante recién nacido hasta la pre-adolescencia, pasando por la etapa de infante o bebe y la niñez media.

Con el paso del tiempo el niño atraviesa por un proceso propio de su crecimiento; imprescindible para la formación de las personas, como es la adquisición de conocimientos que aprende desde la educación que le brinda la familia, la escuela y la sociedad. Permitiéndoles asimilar conceptos y definiciones de todo cuanto lo rodea, así como los valores de su cultura y la concepción vigente de la moral y la ética.

Este proceso es continuo, en el cual se produce el paso de la niñez a la adolescencia que es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual, y social, el cual comienza inmediatamente con la pubertad o adolescencia inicial, como cambios físicos y hormonales.

1. 2. Desarrollo del Niño/Niña

1. 2.1. Psicológico

1.2.1.1 Formación de la Personalidad. Las teorías de la personalidad intentan describir cómo se comportan las personas para satisfacer sus necesidades físicas y fisiológicas. La incapacidad para satisfacer tales necesidades crea conflictos personales. Los padres excesivamente estrictos o permisivos limitan las posibilidades de los niños al evitar o controlar esos conflictos. Un niño con una personalidad equilibrada, integrada, se sentirá aceptado y querido, lo que le permitirá poder manejarse en situaciones conflictivas.

1.2.1.2 Relaciones Familiares. Las actitudes y valores de los padres influyen en el desarrollo de sus hijos. Se ha podido determinar que el comportamiento y actitudes de los padres hacia los hijos es muy variada, y abarca desde la educación más estricta hasta la extrema permisividad, va desde la calidez a la hostilidad, estas variaciones en las actitudes lo que originan muy distintos tipos de relaciones familiares.

La hostilidad paterna o la total permisividad, por ejemplo, suelen relacionarse con niños muy agresivos y rebeldes, mientras que una actitud cálida y restrictiva por parte de los padres suele motivar en los hijos un comportamiento educado y obediente.

1.2.2. Sexual

1.2.2.1 Desarrollo de la Sexualidad. Los niños y niñas desarrollan su sexualidad y pudor a través de diversas etapas de su vida, así tenemos:

- **Curiosidad Sexual.** El niño/niña a partir de los 25-30 meses se reconoce como ser sexual. Se pregunta: ¿De dónde vienen los niños? Y aún no presenta indicios de pudor o vergüenza.
- **Identificación.** De 35-48 meses, se identifica con la persona que ha elegido como modelo. Hace preguntas sobre las diferencias entre niño y niña, compara su anatomía, descubre diferencias en ambos, conoce el nombre de los genitales.
- **Pudor:** A los 4-6 años, se presentan las primeras manifestaciones de pudor, en especial con los extraños, no dejan que estos los vean desnudos, menos aún que los examinen o pregunten por sus genitales.
- **Independencia.** De 6-7 años, aceptan roles de género, quieren ser independientes en los hábitos de higiene.
- **Socialización.** A los 8-9 años buscan hallar un lugar entre las personas de su edad. Tienen amigos de su mismo sexo, sienten curiosidad ante lo relacionado con el sexo.
- **Intimidad.** A los 10-11 años las diferencias en los gustos y actividades entre niños y niñas se hacen más visibles. Les molesta que los vean desnudos, aun

siendo personas de confianza como sus padres, deciden bañarse solos. Esta conducta se presenta más temprano en los niños que en las niñas.

- **Sentimientos.** A los 12-14 años se presenta la identificación y selección de los sentimientos de amor.
- **Identidad Sexual.** A los 14 años se presenta la preferencia sexual.

a) Sexualidad en los Niños y Niñas.- La sexualidad de los niños y niñas es muy diferente a la de los adultos, ésta se caracteriza por tener las siguientes dimensiones:

- No se centra en el ejercicio coital.
- Es exploratoria y de observación de su propio cuerpo.
- Está motivada principalmente por la curiosidad.
- Es natural.
- Tratan de conocer su cuerpo, sus sensaciones corporales.
- Se reconoce y conoce su mundo a través de las sensaciones experimentales.

El niño necesita culminar satisfactoriamente su identificación sexual y aprender a relacionarse y valorar el otro sexo. Desde los primeros años debe lograr actitudes y comportamientos de equidad entre los sexos. Es importante que estructure roles no discriminadores de género y sentimientos positivos hacia el otro sexo, deberá aprender que la diferencia de género no implica desigualdad.

1.2.3. Social

1.2.3.1 Socialización. Es el proceso mediante el cual los niños aprenden a diferenciar lo aceptable de lo inaceptable en su comportamiento. Se espera que los niños aprendan, por ejemplo, que las agresiones físicas, el robo y el engaño son negativos, y que la cooperación, la honestidad y el compartir son positivos.

1.3. La Adolescencia

La adolescencia es esencialmente una época de cambios. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes, aún no son adultos, pero tampoco son niños. Esta es una etapa de cambios profundos; del descubrimiento de la propia identidad (psicológica, sexual, social, etc.) así como de la de autonomía individual. (Vallejo, 2002, pág. 524)

Para poder entender los cambios en el desarrollo del menor, junto a la evolución; a partir de las diversas perspectivas desde que nace es importante conocer los diferentes enfoques.

1.3.1. Definición de Adolescente

Adolescencia. “Etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto”. “El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de catorce años en los varones y de doce años en las mujeres” (Amnistía Internacional, 2009).

Adolescencia.- “La adolescencia es el período de transición psicológica y social entre la niñez y la vida adulta” (Encarta, 2010).

1.3.2. Definición según Leyes Nacionales. En nuestro país la denominación de adolescente en un claro término se lo encuentra especificado en el Código de la Niñez y Adolescencia, en el Código Civil, en el Código Penal.

Código de la Niñez y Adolescencia, en el Art. 4. “...Adolescente es la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad.” se aprecia con exactitud quien es un adolescente, pero en el Código Civil Art. 21, no se establece un concepto claro, pero establecemos que lo es, el niño que ya ha cumplido los catorce y la niña que ha cumplido los doce. (Mendieta, Rojas, & San Martín, 2007, pág. 22)

1.4. Desarrollo del Adolescente

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada (a los 9 años en las niñas y 11 en los niños aproximadamente) debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo sino que depende de factores psico-sociales más amplios originados principalmente en el seno familiar.

La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas, es así que los cambios de los adolescentes se pueden precisar en:

A diferencia de la pubertad, que comienza a una edad determinada (a los 9 años en las niñas y 11 en los niños aproximadamente) debido a cambios hormonales, la adolescencia puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo pues está relacionada no solamente con la maduración de la psiquis del individuo sino que depende de factores psico-sociales más amplios originados principalmente en el seno familiar.

La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas, es así que los cambios de los adolescentes se pueden precisar en:

1.4.1. Físico. Las diferencias corporales entre niños y niñas antes de la pubertad son casi únicamente genitales. En la pubertad se notan diferencias más grandes en cuanto a tamaño, forma, composición y desarrollo en muchas estructuras y sistemas del cuerpo, las más obvias son las características sexuales secundarias.

El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos.

1.4.2. Intelectual. Durante la adolescencia, los niños y niñas van desarrollando algunas capacidades, entre estas:

- Comprender problemas,

- Establecer derechos y privilegios
- Formar su identidad y propósitos; y,
- Fomentar y mantener relaciones personales satisfactorias al aprender a compartir intimidades sin inhibición o miedo.

1.4.3. Sexual. Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En esta etapa su satisfacción es complicada, debido a la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad, carecen de información con respecto de los métodos de control natal o los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, existen madres adolescentes.

1.4.3.1. Sexualidad en los Adolescentes. Como fenómeno fisiológico llega la pubertad, que lo dotará de una capacidad reproductiva; la adolescencia lo llevará a reafirmar su identidad personal, sexual y social.

Sin embargo, el medio los presiona aún más con roles de género que, en especial a las niñas, las confunden. Experimentan un conflicto entre su espíritu autónomo y su necesidad de ser femeninas, pues sólo así agradan a los hombres. A los varones se les pone como meta el trabajo, a las mujeres complacer. Las jóvenes luchan contra mensajes contradictorios: sé bella pero la belleza es superficial; sé sexy pero no atrevida, sé honesta pero no hieras los sentimientos de nadie, sé independiente pero amable, sé inteligente pero no tanto que amenaces a los hombres.

1.4.4 Comportamiento. Los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que experimentan los adolescentes le agregan a este período del desarrollo las características de timidez, sensibilidad y preocupación sobre los propios cambios corporales; a la vez que se presentan comparaciones entre sí y sus compañeros.

Durante la adolescencia, es normal que los jóvenes tengan y demuestren la necesidad de separarse de sus padres y establecer su propia identidad. En algunos, esto podría ocurrir con una reacción mínima de parte de todas las personas involucradas. Sin embargo, en algunas familias, pueden surgir conflictos significativos sobre los actos del adolescente o

gestos de rebeldía y sobre las necesidades de los padres de mantener el control y hacer que el joven continúe con los comportamientos de obediencia.

Cuando los adolescentes se aíslan de sus compañeros, no tienen interés en actividades sociales o escolares y demuestran una disminución en el desempeño escolar o deportivo, es importante la intervención de la familia a través de una evaluación psicológica.

Muchos adolescentes se encuentran en alto riesgo de depresión e intentos potenciales de suicidio debido a las presiones y conflictos que pueden surgir en la familia, el colegio, organizaciones sociales y relaciones íntimas.

Un adolescente es muy frágil en su relación con las personas, ya que está en un proceso de cambios y se siente inseguro por casi todo, miedo al rechazo o exclusión y la búsqueda de aceptación son dos aspectos esenciales de este período. La autoestima es un tema bastante importante ya que si su nivel es bajo puede llevar a estados depresivos y disminución en el rendimiento académico.

Para una mejor comprensión de este Manual, cuando se utilicen los términos **“NIÑO”** o **“NIÑA”** se hace referencia a las personas entre los cero (0) y los doce (12) años y **“ADOLESCENTE”** las personas de ambos sexos, entre los doce (12) y dieciocho (18) años de edad; y cuando se utilice el término **“ADULTO”** se debe entender como todas aquellas personas mayores de edad; es decir más de dieciocho (18) años de edad.

CAPÍTULO II

CRISIS Y TRAUMA.

2.1 Crisis

“La crisis se manifiesta por la invasión de una experiencia de paralización de la continuidad del proceso de la vida”. (Moffatt, pág. 15)

2.1.1 Definiciones de Crisis

Las crisis son parte de la experiencia vital de las personas. Todos estamos expuestos a enfrentarnos algún tipo de crisis. El acontecimiento de la crisis crea un problema en la vida cotidiana de la persona, puede ser vivenciado como una amenaza (se vive con miedo), una pérdida (con sentimientos depresivos) o un desafío (moviliza energías y acciones dirigidas a la resolución del problema).

Una crisis es un cambio brusco, una modificación importante en el desarrollo de algún suceso, es una situación complicada o de escasez, todas las crisis traen cambios y los cambios traen crisis.

Dichos cambios pueden ser físicos o simbólicos, así como positivos o negativos; por un lado significa dificultad y por otra parte significa oportunidad; es decir que la crisis es un catalizador que altera los antiguos hábitos y evoca nuevas respuestas.

Diferentes autores definen a la crisis desde diferentes posturas:

Para Alfredo Moffatt, las crisis se manifiestan por la invasión de una experiencia de paralización de la continuidad del proceso de la vida. De pronto el ser humano se siente confundido y solo, el futuro parece vacío y el presente congelado, llegando a tener una experiencia de despersonalización. Esto provoca una discontinuidad en la percepción de la vida.

Según María Moliner, es un momento en que se produce un cambio muy marcado en algún aspecto que vive una persona.

Gerard Caplan se refiere a la crisis como la condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad.

Además es una perturbación de una situación estable que se caracteriza porque sobreviene de forma repentina o inesperada, provocada por un acontecimiento estresante o precipitante afectando a una persona o grupo que hasta entonces tenía un adecuado nivel de funcionamiento, de manera que provoca un desequilibrio.

Desde el punto de vista relacional, es una reacción subjetiva a las tensiones de las experiencias de la vida, y que afecta directamente al desarrollo y estabilidad de las personas, así como sus futuras relaciones. Esta reacción subjetiva determinará el grado de tensión o de estresor

A su vez Gilligand y Jamen han desarrollado el concepto de crisis existencial que se refiere a los conflictos internos y la ansiedad que acompañan a las importantes cuestiones humanas del propósito, la responsabilidad, la independencia, la libertad y el compromiso como por ejemplo las crisis de madurez o la crisis de envejecimiento.

Por último se ha desarrollado el concepto de crisis general como aquella que tiene elementos de shock, incredulidad, rechazo, dolor, pérdida y confusión. La evolución y resolución de la crisis, va a depender de los recursos internos que se tengan, así como de valores, normas y grados de adaptación personal y social.

La expresión orgánica de este proceso de desorganización es la angustia vivida corporalmente; se acompaña de trastornos cardiorrespiratorios y ahogos y la sensación de tener “nudos” en el estómago y la garganta, además de un estado de hiper-contracción muscular. Todo el cuerpo está tenso como preparado para enfrentar un peligro; se trata de un estado de estrés o sensación de agotamiento corporal que padece la persona en crisis. Todo esto se sintetiza en la palabra desesperado.

La persona desesperada, es la que ya no espera nada, la que siente que tiene un futuro vacío por delante.

2.2. Tipos de Crisis

Tradicionalmente las crisis se dividen en dos grupos: circunstanciales y evolutivas.

La **crisis evolutiva**, se puede definir como una situación causada internamente, la cual puede deberse a convulsiones fisiológicas o psicológicas asociadas con el desarrollo, las transiciones biológicas, las transiciones de etapas, ciclos y roles etc. Pueden producirse al arribo de nuevas etapas previstas.

Las **crisis circunstanciales o traumáticas**, son consecuencia de situaciones inesperadas; a su vez tienen que ver con situaciones que suceden principalmente en el ambiente y que pueden suponer como la muerte, separación de una persona amada o bien una enfermedad grave, así como los sucesos catastróficos externos que vive una persona como el abuso y la violencia.

También, la amenaza de la pérdida o un desafío para el que la persona no está preparada, puede suponer una crisis circunstancial. Sucede ante eventos extraordinarios que la persona no puede controlar y que es imprevista, intensa, catastrófica y azarosa.

2.3 Trauma

Generalmente se denomina trauma psíquico tanto a un evento que amenaza profundamente el bienestar o la vida de un individuo, como a la consecuencia de ese evento en el aparato o estructura mental o vida emocional del mismo.

Trauma es la respuesta en la psiquis de un ser humano, es el resultado de un evento que es percibido como intrusivo y amenazante, esa respuesta en la psiquis influye en el desenvolvimiento de la funcionalidad mental y emocional sensorial de la persona afectada, considerando que el trauma tiene también un carácter subjetivo, dependiendo esta subjetividad, de la sensibilidad que tenga la persona. (Malacre, pág. 23)

Respecto a la sensibilidad puede definírsela como el grado en que a un ser humano puede provocarle un impacto agresivo de características emocionales como respuesta a ese estímulo que no pueda ser fácilmente controlado por la estructura superior de la personalidad.

El trauma se presenta cuando, un golpe emocional intenso e inesperado o una serie de golpes asaltan a la persona desde afuera. Aunque el trauma viene desde afuera se incorpora en la mente.

La persona probablemente no se sienta traumatizada hasta tanto no lo viva desde una postura de indefensión. La indefensión es un importante factor del trauma, dado que los niños pequeños son incapaces de responder tanto a la actitud impredecible de los padres como al caos prolongado, estas cuestiones escapan al control de ellos. La frecuencia del suceso traumático tiene también importancia

En los términos de la psiquiatría un trauma es definido, indirectamente, como exposición personal directa a un suceso que envuelve amenaza real o potencial de muerte o grave daño u otras amenazas a la integridad física personal, o ser testigo de un suceso que envuelve muerte, daño o amenaza a la integridad física de otra persona, o enterarse de la muerte no esperada o violenta, daño serio, amenaza de muerte o daño experimentados por un miembro de la familia u otra relación cercana. La respuesta de la persona al suceso debe envolver miedo intenso, pánico, sentido de incapacidad de ejercer control u horror. En niños, la reacción debe envolver comportamientos agitados o desorganizados. (Toro & Yepes, pág. 9)

El concepto de trauma como explicación de problemas psicológicos ha entrado al vocabulario moderno común en salud, por tanto es imposible para la medicina ignorar su uso.

Desde este punto de vista, se considera un trauma cualquier suceso estresante extremo, algo fuera del ámbito de la experiencia humana normal, al menos para las etapas de desarrollo y grupo social al cual el individuo pertenece, y que produce consecuencias negativas tanto en la conducta como las emociones del individuo, problemas o síntomas que se ven como debidos a trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Según el cognitivismo, en esta escuela el concepto de trauma es reemplazado por el de estrés. La ventaja de este reemplazo, podría ser que el estrés puede ser conceptualizado como una respuesta psicofisiológica a ciertos sucesos. En consecuencia, hay signos objetivos que permiten determinar tanto su presencia como su nivel, así como su capacidad de resolución.

El término estrés se refiere a cualquier exigencia o estímulo que nos produzca un estado de tensión y que pida un cambio adaptativo por nuestra parte. Es el esfuerzo por manejar el dilema estabilidad/cambio.

Los **estresores** en cambio, son el conjunto de fenómenos que aparecen a lo largo de la vida en los individuos, y que pueden provocar crisis.

La **resiliencia** es un concepto asociado al de estrés, a la tensión, a la ansiedad y en general a las situaciones traumáticas. Es la capacidad de recuperación del ser humano ante la adversidad y resurgir de los acontecimientos traumáticos. Un sistema es resiliente en la medida que asimila un estresor y se reorganiza de nuevo.

Desde esta perspectiva, y aunque en general se acepta que el estrés es un factor al menos contribuyente en la génesis y evolución de muchas enfermedades, tanto fisiológicas como mentales, se reconocen **dos síndromes** específicos debidos a exposiciones a tales situaciones extremas: **trastorno por estrés postraumático** y **trastorno por estrés agudo**.

2.3.1 Los traumas infantiles

Al hablar de trauma psíquico infantil nos referimos a las consecuencias de una agresión exógena que provoca una sensación intensa de estrés, sufrimiento o dolor, y a la que al mismo tiempo, por su contenido, es difícil encontrarle un sentido o una explicación (sobre todo por el carácter de doble vínculo de los malos tratos el abuso).

Las experiencias son psíquicamente traumáticas porque es muy difícil simbolizarlas después de haberles encontrado un sentido, es decir, comprenderlas.

Sin entender lo que pasó es casi imposible recuperar los sentimientos de control sobre su entorno y de protección frente a nuevas agresiones.

Desde el punto de vista del contenido de las agresiones se distinguen:

Los eventos traumáticos para señalar cualquier hecho o acontecimiento que produce dolor y estrés (dolor físico, dolor psíquico o una experiencia de amenaza vital) y que sobrepasa los recursos naturales del individuo y de sus apoyos sociales para calmar el dolor y encontrarle un sentido a lo sucedido. Esto como consecuencia de su contenido, intensidad o duración.

Los procesos traumáticos para nombrar el conjunto de eventos dolorosos y/o estresantes que emerge de relaciones interpersonales significativas y cuyo contenido, su duración e intensidad agotan los recursos naturales del niño, así como el de sus fuentes de apoyo social.

La consecuencia de esto es que el conjunto de acontecimientos perturba una parte o la totalidad de la vida afectiva, cognitiva, conductual y relacional del niño. Los malos tratos infantiles se corresponden con procesos traumáticos.

2.3.2 El trauma crónico o repetido

¿Qué sucede si la violencia, la vejación, o el trauma ocurren repetidas veces, o si el niño o adolescente ha pasado por varios tipos de trauma durante sus años de desarrollo?

Es posible que nunca tengan ni el tiempo ni el respaldo para recuperarse de las reacciones de estrés ocasionado por un trauma cuando a éstas se le han sumado nuevas reacciones el niño se vuelve vulnerable a posibles nuevas situaciones traumáticas.

Es que haber pasado antes por sucesos traumatizantes nunca endurece a un niño. En cambio, los efectos pueden acumularse y cada vivencia sucesiva puede conducir a reacciones crónicas de estrés postraumático y a otras consecuencias de desarrollo.

De hecho cada vez que experimenta una nueva experiencia traumatizante puede tener reacciones aún más intensas.

2.4 Diferencias entre Crisis y Trauma

Un aspecto importante en las diferencias entre crisis y trauma es el grado en que otras personas están involucradas. El trauma frecuentemente pone en marcha a muchas personas en la comunidad cuando el evento está ocurriendo o poco después. En las crisis esto puede llevar más tiempo.

El trauma es un suceso catastrófico que no es una experiencia universal, aunque sea una situación extraordinaria. La crisis vital aunque es catastrófica a menudo es un fenómeno universal vivido de manera solitaria. El individuo se siente sólo y único. En los traumas hay una alarma pública y en las crisis la estructura social permanece inalterada. El trauma es un evento que evoca roles sociales: "víctima", "héroe", "personal de auxilio" y en las crisis no.

Hay algunas coincidencias como que la mayor parte de las veces no es previsible, que puede poner en riesgo la vida y que la vida ya nunca será igual y por otro lado no hay posibilidad de elegir.

No obstante hay autores que consideran a la crisis vital y al trauma como subconjuntos de la respuesta de crisis general. Donde la crisis se concebirá como algo universal y el trauma como algo particular.

2.4.1 Factores de Riesgo

No se puede saber de antemano cómo reaccionará una persona ante un evento traumático, porque cualquiera puede tener reacciones incontrolables. Hay sin embargo una serie de factores de riesgo que determinan la respuesta individual a la crisis o trauma.

El primer factor de riesgo es la **edad y fase de desarrollo**. En los niños, el factor de riesgo de tener síntomas postraumáticos es mayor cuanto más pequeño es el niño, debido a que no tienen desarrollada la capacidad para racionalizar lo que ha sucedido; por otro lado la habilidad verbal no está lo suficientemente desarrollada para expresar lo que ha ocurrido.

Otro factor de riesgo, es padecer alguna **discapacidad** en la que la persona está impedida, (algún grado de capacidad diferente; vista, oído, deficiencia mental, o motora etc.), lo que pone a la persona en riesgo de no poder acceder a los recursos necesarios para su recuperación. Una mala salud o enfermedad reciente o un trastorno mental puede impedir sobre todo en los desastres naturales acceder a ayuda médica.

Los **eventos traumáticos previos** pueden ser también factores de riesgo; las personas que han sufrido algún tipo de trauma importante y han estado en un ambiente protector, corren más riesgos de desarrollar síntomas postraumáticos, sobre todo en el caso que estos traumas hayan sucedido durante la infancia.

Un **stress preexistente** como cambios familiares, de residencia, preocupaciones de trabajo, desempleo, etc. incrementan al riesgo por el stress acumulado y un entorno social débil.

Otro factor de riesgo importante es la **ausencia de sistemas sociales de apoyo** que ponen en riesgo a la persona.

Cuando una persona tiene débiles habilidades para afrontar las situaciones o sufre algún tipo de **desadaptación** (drogas, alcoholismo) puede sufrir más síntomas.

Parece que las personas que han tenido que afrontar situaciones de dificultad media en su vida, toleran y controlan mejor la situación debido a un suceso traumático (factor de resiliencia)

Si además la persona cuenta con un buen apoyo social y familiar y ha sido preparada anteriormente para afrontar la situación saldrá menos dañada de la tragedia. Si la persona se encuentra separada de sus familiares o tiene a su cargo otros miembros de la familia, por ejemplo niños pequeños, esto puede añadir stress a la víctima.

Cuando el suceso traumático es sumamente violento y la **sensación de muerte** está muy presente.

Si la persona vive el suceso de forma disociativa, si tiene una personalidad débil o si hay antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos durante su infancia, son igualmente factores de riesgo.

El modo en que la persona percibe el evento (por ejemplo quienes se sienten responsables y se culpan) afectará al nivel de stress experimentado, y por fin la gravedad, intensidad y duración del hecho traumático, así como la amenaza de muerte, son responsables directos de la severidad de los síntomas.

Cuando un estímulo, ya sea proveniente de los estímulos físicos, que impactan en los sentidos, como aquellos que se relacionan a los afectos las relaciones parentales en la niñez o las relaciones e interacciones con otros seres humanos en la adultez, impactan en nuestra percepción, ese impacto tiene para cada ser humano características subjetivas y por lo tanto un hecho es agresivo para un ser humano en función de cómo impacte en su sensibilidad.

La sensibilidad es una característica del aspecto emocional sensorial y del grado e intensidad de respuesta que provoca en una persona un estímulo y se relaciona con cuatro aspectos:

El **grado de entendimiento** que la persona pueda asimilar al respecto del evento traumático, dentro del conjunto de creencias y esquemas en que se estructura su visión del mundo y la realidad, que dentro de esa estructura debe integrarse adecuadamente como parte de un todo coherente para la auto percepción de la persona.

La **capacidad de autocontrol** como recurso de la estructura superior de la personalidad para regular las emociones que fluyen frente a los estímulos y a través de la cual se alcanza restablecer el equilibrio funcional de la personalidad.

Aspectos constitucionales temperamentales relacionados a la conformación del aspecto mental y emocional sensorial, en lo relacionado a su interacción con lo somático. Un impacto emocional puede provocar un alto grado de respuesta en el físico.

El **grado de desensibilización** que una persona tenga respecto a un evento o estímulo agresivo experimentado. Este aspecto se relaciona también con el clima interno de una persona, con la afinidad a determinada calidad de contenidos psíquicos que en contraste con un estímulo experimentado puede percibirse subjetivamente como agresivo y provocar una respuesta emocional desestabilizante.

Cabe señalar que un niño es altamente sensible a los estímulos agresivos del entorno y a los generados por otros seres humanos y en mayor medida para el caso que esos seres humanos sean sus figuras parentales primarias.

Cualquier impacto físico o emocional que para un adulto pasaría inadvertido, puede en un niño ser un agente que afecta profundamente su sensibilidad y a esto hay que agregar que la capacidad mental de un niño aun es limitada para comprender el mundo de los adultos y más para casos de hechos de características negativas como podría tratarse de un hecho traumático.

2.5 Problemas en la infancia y adolescencia que generan trauma

El impacto traumático en el desarrollo **a nivel cerebral**. En los primeros años de la niñez, el cerebro está en proceso de crecimiento. Durante esos años, la negligencia, el maltrato físico y el maltrato emocional, así como el abuso sexual pueden afectar el desarrollo normal del cerebro, incluso el tamaño de partes del cerebro que nos ayudan a controlar nuestras respuestas al peligro. (Vallejo, 2002, pág. 73)

En los niños de edad escolar, el cerebro no está creciendo tanto, pero está adquiriendo más capacidad de manejar las reacciones automáticas al peligro, como el reflejo de sobresalto. El trauma puede demorar el desarrollo de esa destreza y hacer que estén siempre demasiado atentos a ruidos o a otros estímulos provenientes del mundo exterior. Por tanto se les hará más difícil concentrarse, estudiar y controlar su conducta cotidiana.

El cerebro controla también las hormonas del cuerpo. Durante la pubertad ocurren grandes cambios hormonales. Algunos pueden comenzar temprano en niños que han sido abusados sexualmente durante la pre-adolescencia.

Hay un conjunto importante de hormonas que nos ayudan a lidiar con el peligro y el estrés. Al llegar a la adolescencia los niños muestran cambios en los niveles de esas hormonas de estrés (como los cambios que se ven en los militares que han estado en combate). Estos cambios podrían afectar a la salud a largo plazo.

El impacto traumático en el desarrollo **a nivel emocional**. En general los niños y adolescentes con síntomas traumáticos y postraumáticos re-experimentan el momento traumático a través de los sueños y recuerdos desagradables y en menor medida de flash-back. Los síntomas que más sufren son taquicardias, náuseas, vómitos y sensaciones de mareo. (Vallejo, 2002, pág. 75)

Por otro lado el niño busca en su fantasía cambiar lo sucedido. En los sueños, puede haber repetición de los momentos concretos del trauma o sueños más grandes como monstruos, que hacen daño al niño o algún familiar y el niño ante esta situación no quiere dormir solo.

En ocasiones el niño manifiesta conductas repetitivas del suceso traumático y esto es especialmente peligroso en la adolescencia, donde pueden reproducir escenas violentas con drogas, coches, armas, etc.

El juego también puede reproducir escenas del suceso traumatizante. Pueden ser juegos repetitivos que impiden el juego normal.

Presentan también los niños trastornos de conducta como no querer ir al colegio, hacer algunas regresiones en sus capacidades ya aprendidas, como en el lenguaje o en el control de esfínteres y en general hay una hiper-activación fisiológica que mantiene el niño siempre alerta, irritable, con rabietas, agresivo y con dificultades de concentración además del sueño en forma de terrores nocturnos en ocasiones.

Los niños buscan seguridad, sobre todo en los momentos de mayor vulnerabilidad por ejemplo al ir a la cama o al baño. En estos momentos piden que los adultos los acompañen o duerman con ellos, demostrándose muy ansiosos frente a estos momentos.

Se observan asimismo sentimientos de culpa, vergüenza, baja autoestima, y crisis de llanto, además de una excesiva preocupación de que les ocurra algo malo a los seres queridos. En los niños la historia previa puede influir significativamente en la respuesta del niño a la situación traumática.

Los niños cuyos padres estaban separados o divorciados sufrirán síntomas traumáticos más serios. En la edad preescolar de (1 a 5 años) son particularmente vulnerables a los cambios en su ambiente y su rutina, ya que son más dependientes; por tanto lo que más les afectará es la separación de su cuidador principal, unido a esto los niños tienen menos capacidades verbales, mentales y emocionales para enfrentarse a este tipo de sucesos.

En los menores de tres años su capacidad mental y el desarrollo de su memoria son menores por tanto es más frecuente el mutismo y la regresión (enuresis, chuparse el dedo), así como las pesadillas y terrores nocturnos. Este grupo de edad a lo que mejor responde es al contacto físico (abrazos, besos) y a que se les escuche.

En el grupo de edad de 5 a 11 (infancia), con frecuencia tienen cambios en su afectividad y comportamiento como por ejemplo resistirse a volver a la escuela o estar más agresivos con sus hermanos, así como pegarse como un molusco a su cuidador primario. Puede haber también algunas conductas regresivas como chuparse el dedo o volver a objetos como peluches, mantas, orinarse en la cama o ropa íntima.

Este grupo responde a un incremento en la atención, educarle y orientarle por parte de su familia en lo que está sucediendo, invitarle a que exprese sus sentimientos y ayudarle de una manera comprensiva pero firme a que retome sus actividades normales.

En el grupo de preadolescentes de 11 a 14 años aproximadamente los niños están más capacitados para expresar sus sentimientos y entender la situación. Necesitan información clara y directa sobre los hechos de un lenguaje accesible a ellos. Necesitan certezas, que les ayudemos a comprometerse con los demás, actividad física y hablar y expresar sus sentimientos. Momentáneamente estaría bien una reducción temporal de las expectativas en casa y en el colegio.

En la medida en que el niño se va haciendo mayor, sus síntomas son más parecidos a los de los adultos y por tanto son más frecuentes la irritabilidad, insomnio, falta de concentración y flash -back. Además es posible un cambio en sus valores y expectativas, quedando a raíz del suceso traumático inseguros, respecto al futuro y cuestionando temas como el futuro profesional, el matrimonio o los hijos.

En los adolescentes (14 -18 años) se dan a menudo situaciones de aislamiento, retiro y depresiones. También pueden volverse menos responsables, rebeldes, competitivos y más demandantes. Necesitan hablar y expresar sus sentimientos y frustraciones, estímulo para que vuelvan a relacionarse con sus amigos que en esta edad son tan importantes, educación e información sobre lo que está ocurriendo y que se puedan comunicar con su familia.

Se está observando cada vez más que en la infancia hay muchos traumas relacionados con las intervenciones médicas, quirúrgicas, periciales y con las hospitalizaciones, hechos a los que hasta ahora no se les había concedido la importancia que merecen, en la influencia y posterior desarrollo del niño.

Como dice Levine “un niño al que se le anestesia mientras está asustado, casi seguro, sufrirá un trauma a menudo grave”. “Un niño que está tan asustado no es un buen candidato para la anestesia hasta que haya recuperado la sensación de tranquilidad” (Minsal, 2011).

Por lo tanto, propone para prevenir los traumas que tengan relación con las intervenciones médicas; que los padres permanezcan con los hijos, que se le explique al niño con anterioridad lo que va a ocurrir y retrasar la intervención hasta que el niño se tranquilice.

Además de las intervenciones quirúrgicas, en la infancia hay otras situaciones potencialmente traumáticas como accidentes graves, pérdida o peligro de pérdida de seres queridos, guerras y por supuesto situaciones de agresión y abusos sexuales.

Los abusos sexuales es un tema que se ampliara un poco más, ya que el niño que se enfrenta a una situación de abuso, necesita conservar una confianza básica que le han arrebatado, precisamente las personas en las que necesita confiar; necesita encontrar seguridad en una situación insegura y mantener su poder en una situación de indefensión. Por lo que tiene por delante una enorme tarea de adaptación.

El abuso infantil crónico tiene lugar en un clima familiar de terror dominante en el que las relaciones normales de cuidados han quedado profundamente alteradas. Los supervivientes describen un patrón característico de control totalitario impuesto mediante amenazas de violencia e incluso de muerte, la aplicación arbitraria de reglas estúpidas, de recompensas intermitentes y de destrucción de todas las relaciones mediante el aislamiento, el secretismo y la traición. (Canton & Cortés, 2003, pág. 29)

Los niños que crecen en este clima de dominación desarrollan vínculos patológicos con aquellos que abusan de ellos y que los descuidan, vínculos que intentarán mantener incluso sacrificando su propio bienestar, su realidad e incluso su vida.

Los niños abusados sufren amenazas de muerte, así como sus familiares y sus mascotas, es decir todo lo que sea importante o querido para ellos. Por lo que se encuentran en una situación de continua indefensión y por tanto desarrollan una postura de absoluta rendición ante el abusador. Los castigos normalmente no son predecibles por lo que el niño está en un estado de alerta continuo, sintonizado incluso con los estados emocionales de los abusadores en un estado de "vigilancia congelada", porque a la vez que están alertas tienen que estar quietos y en silencio.

Estos niños están totalmente aislados, porque además de que la familia como tal está en una situación de aislamiento social, el niño no puede confiar en los otros adultos responsables de cuidarlos porque no los protegen y por tanto se aísla también de ellos.

La necesidad de encontrar una seguridad y confianza en unos cuidadores que no son de fiar es básica, por tanto el niño utilizará dos estrategias:

La primera es intentar preservar la fe en sus padres y negar que haya algo malo en ellos y para eso el niño lo que hace es negar lo que sucede; se disocia. Pueden incluso llegar a

entrar en trance de una manera automática. Mantiene fuera de la conciencia natural, tanto el abuso, como su negación del mismo.

La otra estrategia se da cuando el niño no tiene esta capacidad disociativa, y como necesita encontrar algún significado que explique lo que ocurre, lo encuentra en la conclusión de que él es malo y sus padres son los buenos. De esta manera puede intentar ser bueno y poder cambiar las cosas.

Este sentido de maldad interno es el núcleo alrededor del cual se construye la identidad adulta. “Culparse a sí mismo”, por tanto, es lo que hace el niño y esto además de ser lo que hacen los niños en la primera infancia, es una actitud habitual en las víctimas del trauma.

Esta situación de abusos, puede llevar en la vida adulta a una situación de repetición en la que los hombres víctimas de abusos tienden a ser abusadores y las mujeres víctimas una y otra vez. El trauma por tanto en estas situaciones se reproduce como un círculo vicioso.

En estos casos se presenta un daño psíquico en los menores y para comprender la naturaleza del daño psíquico de todo niño que ha sufrido maltrato y abuso sexual, debemos tener en cuenta el momento del desarrollo evolutivo del niño en que tuvieron lugar tales hechos.

Hay dos tipos de víctimas, aquellas que sufrieron una sola vez la situación abusiva y violenta; y las que fueron victimizadas crónicamente, como en el incesto.

Entendiéndose como víctima a todo ser humano que sufre un malestar emocional a causa del daño intencionado provocado por otro ser humano. Junto al elemento objetivo (el suceso traumático), hay un componente subjetivo (las emociones negativas). Estas reacciones emocionales se pueden presentar a corto y largo plazo; afectando en la esfera psíquica del menor. (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000, pág. 42)

En el primer caso el hecho los toma de sorpresa y de forma intrusiva, y los niños tienen una visión más clara del evento traumático. En el segundo caso el niño difícilmente

recuerda el trauma con claridad porque al haber sido una situación anticipada y temida se movilizan en él los mecanismos defensivos de la disociación.

La variabilidad de las experiencias que conllevan la categoría del abuso y la violencia sexual y los distintos contextos en los cuales este se produce, determinan diversos niveles de impactos en las víctimas. La sintomatología presentada tiende a ser diferente de una niña a un niño o de un adolescente a otro. Alguno de ellos lograría presentar sintomatología grave e inmediata, mientras que otros podrían presentar sintomatología solo en el largo plazo.

El abuso sexual interrumpe, distorsiona y desorganiza el normal proceso de desarrollo de los niños, niñas y adolescentes afectados como ya se ha señalado anteriormente. Al contactarlos con una sexualidad adulta, inapropiada a su etapa de desarrollo, el esfuerzo evolutivo se desvía a procesar la experiencia traumática y no se logra resolver las tareas propias de cada etapa.

Probablemente, a estas alturas, quedan pocas dudas de que el abuso sexual infantil constituye uno de los traumas psíquicos más intensos y de que sus consecuencias son sumamente destructivas para la estructuración de la personalidad.

Es posible comparar sus efectos al de un balazo en el aparato psíquico: produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional, que hace muy difícil predecir como cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas.

CAPÍTULO III

ABUSO Y VIOLENCIA SEXUAL

3.1 Generalidades

El abuso sexual a menores es un problema universal que está presente, de una u otra forma, en todas las culturas y sociedades; este fenómeno lacerante se cometen en todas las clases sociales, ambientales, económicas, culturales o razas constituye un complejo fenómeno resultante de una combinación de factores individuales, familiares y sociales.

Lo que importa es que, en cualquier caso, supone una interferencia en el desarrollo evolutivo de los niños, niñas y adolescentes y puede dejar unas secuelas que no siempre remiten con el paso del tiempo.

El problema del abuso sexual en menores ha sido conocido a lo largo de la historia, en todos los tiempos, la propia situación de los niños dentro de la sociedad occidental, ateniéndose a nuestra cultura, caracterizada por una total falta de derechos, ha hecho que hasta el siglo XX el tema no haya sido explícitamente abordado desde los diferentes ámbitos sociales.

La primera referencia a este problema se sitúa en torno a 1890 siempre hablando del aspecto psicológico. En efecto, es Freud, a través de sus conferencias en torno a la “etiología de la histeria”, quien por primera vez pone sobre el tapete la cuestión de las relaciones sexuales precoces y su influencia en el desarrollo emocional posterior de la persona. (Vasquez, Agresion sexual, Evaluación y tratamiento en menores, pág. 28)

Entre 1896 (primeras referencias) y 1970, apenas la literatura psicológica recoge datos y casos anecdóticos, sin que se aborde un estudio comprensivo del problema.

A partir de los años ochenta, y propiciado por la toma de conciencia de la violencia como variable que influye en los sujetos pasivos desprotegidos de la población, comienzan aparecer estudios que tratan de las consecuencias de la violencia sobre la víctima; comenzando hacer objeto de denuncia a partir de las experiencias vividas por la sociedad, siendo los principales problemas la violencia de guerra, violencia intrafamiliar,

violación, abuso físico y sexual en niños y adolescentes, lo cual ha sido motivo de estudios para la psicología, psiquiatría, sociología, etc.

El problema se ha venido observando más como un fenómeno del ámbito doméstico, con especial énfasis con el problema del incesto y la influencia del factor familiar.

Finalmente, el interés por el abuso sexual sobre los menores surge a partir del paciente que ha sufrido abuso sexual en la niñez, admitiéndose una creencia muy fuerte de la asociación entre abuso sexual y trastorno comportamental, emocional y del desarrollo en la infancia.

No es fácil determinar si el abuso sexual ha crecido en nuestra época, o que existe un aumento de estos delitos producto de la modernización; lo que sí se puede colegir es que más allá del aumento en relación con épocas pasadas, actualmente se conocen más casos producto de la sensibilización social, los cambios en las leyes, las campañas de difusión del tema y el mayor número de denuncias de estos a casos.

3.1.1 Conceptos y Definiciones

3.1.1.1 Definiciones de Abuso Sexual

La definición de abuso sexual puede realizarse desde dos ópticas: la jurídica y la psicológica, que no siempre coinciden, por cuanto la valoración jurídica de esas conductas sexuales está condicionada por el criterio objetivable del grado de contacto físico entre los órganos sexuales de agresor y víctima, algo que no necesariamente correlaciona con la variación en el grado de trauma psicológico.

3.1.1.2 Abuso sexual en el ámbito psicológico

Abuso Sexual: “Es toda acción ejecutada por un sujeto que se vale de otro para estimularse o gratificarse sexualmente, sin el consentimiento o voluntad de éste último” (Lammoglia, 2009, pág. 34).

El abuso sexual puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro.

3.1.1.3 Abuso sexual en el ámbito legal

Abuso Sexual: Código Penal en el Art.68.- Constituye abuso sexual, todo contacto físico, sugerencia de naturaleza sexual, a los que se somete a un niño, niña o adolescente, aún con su aparente consentimiento, mediante seducción, chantaje, intimidación, engaños, amenazas o cualquier otro medio. (Código de la Niñez y adolescencia, Libro 1, los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho.)

El abuso sexual en el ámbito religioso también es conceptualizado en forma metafórica: "Abre tu boca en favor del mundo y en defensa de todos los desamparados; abre tu boca, juzga con justicia y defiende la causa del desvalido y del pobre." (Proverbios 31, 8-9) (Biblia)

Para entender la temática es importante puntualizar términos como:

- **Abuso:** “se define como la exposición de un menor a experiencias sexuales inapropiadas para su nivel de desarrollo físico o emocional, de naturaleza coercitiva y llevadas a cabo para la satisfacción sexual de un adulto” (Encarta, 2010).
- **Abusar** “es hacerle a otro algo que no quiere, es usar la fuerza, coerción o el poder para forzar, someter, convencer o seducir la voluntad de otra persona” (Encarta, 2010).

3.1.2 Definición de Violación: “Es la realización de cópula con una persona de cualquier sexo en contra de su voluntad y mediante la utilización de la fuerza física o moral” (Yábar, 2008, pág. 37).

Según las modificaciones introducidas en el código penal, se define la violación, como el acceso carnal y sin el consentimiento de la persona ofendida, con introducción del miembro viril, por vía vaginal, anal o bucal, o de introducción de objetos, dedos u órganos distintos del miembro viril a una persona de cualquier sexo.

La violación es un ataque sexual, un acto intimidante y por la fuerza, en una situación de desventaja, a través del uso de objetos como armas corto punzantes, de fuego, o situaciones que pueden causar temor; por el poderío físico que impone e imprime el agresor, privándole a la víctima de sentido y defensa, incapacitándole para poner resistencia. Es una vivencia intrusiva, amenazante y dolorosa; que afecta de forma verbal, psicológica, física y relacional. (Pereda, 2010, pág. 11)

Este acto es un delito, es un ataque agresivo con expresión sexual y con implicaciones médicas. En estos casos el delito se castiga con la pena de reclusión mayor en su grado mínimo. Además, si la víctima es menor de catorce años el acceso carnal también constituye violación, aunque no concorra ninguna de las circunstancias mencionadas en el artículo anterior y será castigado con reclusión mayor en su grado medio. Es decir, en el caso de los menores de 14 años se considera una violación, aunque la relación sea consensuada.

3.1.2.1 Violencia Sexual: “define como el acto sexual o análogo practicado contra la voluntad e invasión de una persona” que “inclusive puede ser su cónyuge o conviviente, sin el consentimiento de la víctima y en contra de su voluntad, mediante la utilización de violencia física o grave amenaza que venza su resistencia” (Yábar, 2008, pág. 38).

3.1.2.2 Violencia Física: estas palabras implica en cualquier idioma:

El constreñimiento físico a la víctima, para vencer su oposición hacia el victimario, se puede intuir que el acto realizado por el violador ha tenido las características del maltrato en el cuerpo, como golpes de puño, puntapiés, cuerazos, o mediante brebajes, dejando a la víctima en completo estado de indefensión, con golpes, hematomas y laceraciones en contra de su integridad física que someten al ofendido a un estado de vulnerabilidad y ninguna resistencia. (Yábar, 2008, pág. 47)

3.1.2.3 Violencia Psíquica: la intimidación se produce en forma verbal, la amenaza es otro de los medios que utilizan los agresores sexuales como medio de apremio moral que infunde temor de un mal inminente.

La amenaza es el aviso perverso es una advertencia; mientras que la intimidación es el aviso de un mal futuro condicionado. Cuando una persona le dice a otra me entregas tu cuerpo o te

mato, está amenazando, entonces la conducta es tendiente a presionar moralmente a la víctima, produciéndose una coacción mental viciada”. (Yábar, 2008, pág. 49)

La intimidación no solo puede generarse de forma verbal, como llamadas telefónicas, gritos o palabras lastimeras y amenazantes; sino también escrita a través de papeles, cartas, chat; o gestual, como señales que pueden infundir temor en la víctima. Produciendo miedo y pánico, incidiendo en la libertad psíquica y moral del menor.

3.2 Características, tipos o categorías del Abuso Sexual Infantojuvenil

3.2.1 Características

- a.** El abuso sexual siempre constituye una forma de violencia física o mental, por la cual el adulto se aprovecha tanto de la confianza del niño como de su superioridad, teniendo como consecuencia que el niño/a no comprenda la gravedad del hecho debido a su inmadurez psicosexual, por lo cual no está en disposición de dar consentimiento o negarse libremente.
- b.** El abuso sexual no se limita necesariamente a la relación entre hombre y niña, sino que puede extenderse hacia los niños, aunque el primero es el más frecuente.
- c.** En la mayor parte de los casos, el autor proviene del entorno social del menor y no es un extraño.
- d.** El abuso sexual generalmente no se produce de manera aislada sino que se prolonga durante años.
- e.** Los niños perciben de manera instintiva dónde empieza la explotación de su cuerpo.
- f.** El abuso sexual se produce cuando el adulto se sirve de su autoridad para aprovecharse de la relación de dependencia del niño.

3.2.2 Categorías

Dentro de la concepción de abuso sexual destacamos los siguientes tipos o categorías:

- **Abusar sexualmente** o abuso sexual, es la realización de actos sexuales o tocamientos sin que se llegue a la cópula en contra de la voluntad del otro.

Es cualquier forma de contacto con o sin acceso carnal, con contacto o sin contacto físico, realizado sin violencia e intimidación es cuando se fuerza a alguien a tener relaciones sexuales, u otros contactos sexuales aunque no sean con penetración o con violencia. Penetración oral, digital, vaginal, anal, caricias, tocamientos, masturbación, o proposiciones verbales y visuales explícitas. (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000, pág. 45)

Los abusos no son hechos aislados, son situaciones que duran en el tiempo debido a lo traumático e intrusivo que puede ser este acto, causando malestar y dolor en el momento y a lo largo del tiempo al comprender lo que pasó.

- **Estupro:** Acto de cópula con persona mayor de doce años y menores de dieciocho, obteniendo su consentimiento por medio de engaño. Es igual que la violación con variantes o ventajas sobre la víctima como: una anomalía o perturbación mental (aunque sea transitoria); se abusa de la relación de dependencia de la víctima; se abusa del grave desamparo; o se abusa de la inexperiencia o ignorancia sexual de la víctima. (Lammoglia, 2009)
- **Abuso sexual propio:** lo comete aquella persona que abusivamente realizare una acción sexual distinta del acceso carnal, como por ejemplo, tocamiento de los genitales u otras regiones del cuerpo. En el menor de 14 años se considera una circunstancia de violación y en el menor de 18 años, una circunstancia de estupro.
- **Abuso sexual impropio:** lo comete quien, para procurar su excitación sexual o la de otro, realizare acciones de significación sexual ante un menor de 14 años; hiciera ver o escuchar material pornográfico; o empleare a menores de 18 años para material pornográfico. Respecto a este último punto, las leyes han cambiado debido a que es un problema alarmante por el desarrollo tecnológico y al fácil

acceso infantil a estos medios; las leyes han cambiado amparando a los menores desde los primeros años de vida.

- **Hostigamiento sexual:** Es el asedio reiterado a personas de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica, derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquier otra que implique subordinación.
- **Exhibicionismo:** Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico, que vulnera el discernimiento adquirido del niño acerca de su sexualidad, generando un conocimiento precoz y equivocado de la relación con los otros.
- **Abuso sexual infantil:** El abuso sexual infantil es diferente del abuso sexual en personas adultas, en las que habitualmente se asocia a cuadros de violación.

El abuso Sexual infantil es definido como todo acto de tipo sexual, con o sin contacto, realizado a la fuerza, mediante engaños, sobornos, o seducción, por una persona adulta o mayor en relación al menor, sea este niño o niña; comportamiento que se mantiene en secreto, aprovechando que el menor no está en posibilidad de recibir y aceptar o realizar determinados actos, conociendo de antemano su significado y sus implicaciones, así como las posibles consecuencias de los mismos. (Parmelle 1998, pág 258)

El proceso del abuso sexual infantil fue descrito en 1997 por Barudy, un psiquiatra chileno que actualmente reside en España y que es uno de los grandes estudiosos del maltrato en la infancia. El describió cinco fases:

1. Fase de seducción: hay una actividad divertida y deseada, que se desarrolla dentro de un marco de referencia acostumbrado. El adulto manipula la dependencia y confianza del menor.
2. Fase de interacción sexual abusiva: existe un proceso gradual y progresivo de contenido erótico.

3. Fase de secreto: aparece la ley del silencio y las amenazas. Barudy describe que el niño experimenta placer, lo que permite que el abusador lo chantajee para que no lo delate y, de esta forma, lo hace partícipe y responsable del acto.

4. Fase de divulgación: puede ser accidental, precipitada o intencionada.

5. Fase represiva: ocurre habitualmente en familias disfuncionales.

- **Violencia sexual Infantil.-** Son las acciones que obligan a una persona a mantener contacto sexual o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, la intimidación, el chantaje, la amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal del menor.
- **Explotación Sexual Infantil:** “Es una categoría de abuso sexual infantil, en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil” (Save the Children, 2001).

Dentro de la explotación sexual infantil existen diversas modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan diversas características, e incidencias. Delito que va en aumento y que está siendo muy visibilizado en el país, presentándose modalidades como:

- Tráfico sexual infantil.
 - Turismo sexual infantil.
 - Prostitución infantil.
 - Pornografía infantil.
- **Abuso Sexual Infantojuvenil:** Se define como "cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de seducción, poder y autoridad sobre el niño o adolescente" (Parmelle, 1998, pág. 260).

3.3 El Abuso Sexual como un abuso de poder

Existen innumerables definiciones de abuso sexual, pero la gran mayoría de ellas se establecen dos criterios relevantes para describir este tema: (Save the Children, 2001).

1.- La Coerción: en la que el agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.

2.- La Asimetría de edad: el agresor es mayor que la víctima, no necesariamente tiene que ser mayor de edad.

En cuanto a la asimetría se puede determinar que también hay una desigualdad anatómica, así como las etapas de desarrollo en la que se encuentra el agresor con respecto a la víctima; como en el caso del deseo sexual que en los niños aún no se consolida ni se especifica hasta la adolescencia o en la asimetría de los afectos sexuales con el fenómeno de la atracción sexual, o en la asimetría de las habilidades sociales que en los niños aún no se desarrolla.

Por lo que ante la diferencia de edad tan significativa no se garantiza la verdadera libertad de decisión. Esta asimetría representa en sí misma una coerción.

Es importante no concebir el abuso sexual como una cuestión dentro del campo de la sexualidad, sino más bien producto de las asimetrías propias de las etapas del desarrollo y de los aprendizajes individuales.

Una persona tiene poder sobre otra cuando posee mayores conocimientos y un nivel de desarrollo mayor en todos los aspectos, obligándole al menor por sus diferentes situaciones de vulnerabilidad a someterse a sus deseos, esto independientemente del medio que utilice para ello.

La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima, impidiéndole el poder decidir y por ende su libertad.

3.4 Etiología

La bibliografía sobre las causas de abusos sexuales es amplia, Finkelhor y Krugman han indicado que deben darse las cuatro condiciones siguientes para que se produzca el abuso sexual de un niño.

- La primera condición está relacionada con la motivación del agresor para cometer el abuso. La persona que comete el abuso sexual debe satisfacer alguna necesidad de quien lo comete, ya sea por la pura excitación sexual o alguna necesidad emocional. En algunos casos, el sujeto que comete el abuso considera que todos los demás medios de satisfacción sexual están bloqueados.
- La segunda condición está en relacionada con la habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos, recurriendo para ello al abuso de alcohol y drogas, o a causa de una alteración emocional, una tolerancia social del interés sexual en los niños (que “justifica” la conducta) y la baja penalización delictiva existente contra quienes cometen éstos abusos (que evita la limitación de la conducta por temor a las consecuencias).
- Debe haber y vencer una oportunidad o inhibición externa, o los factores de protección del niño. Como ejemplo cabe citar la ausencia de supervisión de los padres, el aislamiento social de la familia o las situaciones poco habituales de alojamiento o disposición para dormir, que evitan las inhibiciones externas normales.
- La cuarta condición, es la que le permite vencer la resistencia del niño. Es decir el niño debe ser vulnerable, para lo que se recurre a la violencia, amenazas, engaño y la manipulación; en estos casos hay menores especialmente vulnerables como los niños con discapacidades o muy pequeños. Por ejemplo el menor, puede solicitar atención, y la persona que comete el abuso puede aprovechar esta necesidad para seducir primero y usar luego la coacción cuando el niño se resiste.

El conocimiento de cada una de estas condiciones ayuda a identificar, evaluar y tratar el abuso sexual. Lanning ha descrito **dos tipos de agresor**: el agresor de tipo situacional y el preferencial. El individuo que tiene una excitación sexual con los niños puede corresponder a una u otra categoría.

- El **agresor situacional** no tiene una experiencia exclusiva por el sexo con los niños, sino que explota también a otras personas. Este puede ser el caso de algunos incestos.
- El **agresor preferencial o pedófilo** prefiere la actividad sexual con los niños a la de los adultos y es probable que tenga un alto número de víctimas. El agresor puede usar la coacción, la amenaza, la seducción o la intimidación.

La coacción incluye la seducción, el soborno, la manipulación y el engaño y el agresor puede hacer afirmaciones como “mataré a tus padres” o “no podrás venir a visitarme si no haces eso” (Yábar, 2008, pág. 51).

En comparación con los agresores sexuales es poco lo que se ha escrito acerca de las agresoras sexuales. Aunque generalmente se ha considerado raro que una mujer acose sexualmente a un niño, es probable que estos episodios se notifiquen con una frecuencia inferior a la real y que no se identifique a estas agresoras.

Existen tres tipos de agresoras sexuales, y en todos estos es probable que haya existido la experiencia de haber sufrido abusos en la infancia o la adolescencia.

- La maestra amante inicia el abuso y contempla al niño o adolescente como a un igual; no aprecia el carácter abusivo de la relación. Piensa que la experiencia ha sido positiva para el niño.
- La agresora interpuesta o inter-generacional inicia también el abuso y es más probable que tenga fantasías sexuales desviadas que considera vergonzosas. Es probable que lleve a cabo conductas auto-lesivas o suicidadas.

- La agresora coaccionadora del varón se ajusta a la descripción “clásica” de la agresora sexual. Se trata de una mujer con una dependencia extrema de los varones, que tiene una baja autoestima y se siente impotente en las relaciones. En una relación puede aceptar la realización de conductas de abuso. Para continuar la relación, inicia posteriormente éstas conductas por sí misma.

Un niño puede ser vulnerable simplemente porque sea del sexo y la edad que prefiere la persona que comete los abusos. El niño puede mostrar una cierta curiosidad inicial acerca de las cuestiones sexuales, que “justifique” las intenciones de los causantes de los abusos.

Los niños que son víctimas de abusos sexuales tienen con frecuencia una baja autoestima que da lugar a una gran necesidad de amor y aprobación. Pueden no sentirse emocionalmente próximos a la madre o pueden sentirse aislados o sentirse incapaces de hacer amigos con facilidad.

3.5 Perfiles del Abuso Sexual

3.5.1 Abuso sexual intrafamiliar

- **Padre – Hija.**

Las familias que se incluyen en este suelen estar social y tal vez físicamente aisladas. “Hay un alto grado de resentimiento e ira causado por la dependencia excesiva y la incapacidad de satisfacer las necesidades de los demás”. “En estas familias la hija que sufre los abusos sexuales puede presentar ira y resentimiento respecto a la madre. Y esta última puede ser percibida como inadecuada porque no ha sido capaz de proteger a la hija frente al padre” (Parmelle, 1998, pág. 262).

El riesgo es superior con un progenitor adoptivo, puesto que este ha tenido menos contacto como padre con la hija, lo que reduce la naturaleza sexual intrínseca entre padres e hijos. Puede haber una confusión de papeles en una familia mixta. La hija puede ser la hermana mayor o la única hija, y presentar una maduración temprana.

La madre puede haber delegado en ella algunas obligaciones. Es característico que la hija haya tenido una socialización inadecuada con otros compañeros y que pueda ser apartada por ellos por el padre.

En el patrón de dependencia-dominio, el padre es dependiente y la madre dominante. Cuando la madre deja de aceptar la dependencia del marido, se aparta de él y este se dirige a la hija para satisfacer sus necesidades.

También es posible que el progenitor este bajo la influencia del alcohol o de alguna sustancia estupefaciente. En la familia posesiva-pasiva el padre es extremadamente controlador y considera a la esposa y a los hijos como posesiones.

Dado que la hija es una posesión el padre considera que puede usarla sexualmente. Puede racionalizar este planteamiento afirmándole que esté “enseñándole” y mostrándole que la trata mejor que las demás.

En la familia incestogénica o dependiente-dependiente, uno o ambos padres pueden tener unos antecedentes de abuso sexuales por parte de un familiar. Los padres no son capaces de satisfacer las necesidades emocionales del otro y se dirigen a los hijos en busca de un apoyo emocional.

La respuesta inicial de la niña/o, al incesto padre-hija puede no ser negativa a menudo está convencida de que tiene una relación estrecha y especial con el padre puede pensar que tiene un poder superior al de sus hermanos y puede tener privilegios que los demás no lo tienen. Puede estar pidiendo la atención que tiene de ese hombre en el que tiene todos los motivos para confiar. Puede recibir regalos especiales y disfrutar de las sensaciones como un adulto. Sin embargo esta posición es difícil de mantener, puesto que el abuso interfiere en el establecimiento de unas relaciones normales entre compañeros y entre niños y adultos. (Parmelle, 1998, pág. 262)

El padre puede desear que la hija no tenga interacción con otros compañeros por temor a que revele el secreto. A menudo que el abuso cada vez va siendo más intrusivo sexualmente la niña se va asustando más.

Se hace necesario una mayor coacción y una amenaza. La niña puede pensar que tiene la culpa por no haberlo dicho a la madre o a otra persona inmediatamente (o creer que no podía hacerlo).

Tiende a sentirse culpable debido al placer físico o emocional que puede haber experimentado como resultado del incesto. Si la hija puede explicarlo a la madre y esta la cree, puede iniciarse un proceso de resolución. Si la madre no la cree la niña se sentirá abandonada, desprotegida y a merced de los deseos sexuales del padre.

Los factores que contribuyen a crear la situación de abuso son los siguientes:

- a) Secreto que es necesario para que el abuso continúe.
- b) Impotencia, que describe la sensación de los menores, respecto a la posibilidad de detener el abuso.
- c) Atrapamiento, es decir la sensación de que no puede decir cuando se ha producido el abuso más de una vez, y de acomodación que es el medio de a través la hija tolera emocionalmente el abuso.

Los resultados de un descubrimiento tardío pueden hacer que retire la acusación. Cada uno de estos factores constituye última instancia un objetivo del tratamiento.

- **Hermanos**

El incesto entre hermanos no es un hecho excepcional, aunque no se notifica con frecuencia.

Aproximadamente un 13% de la población se ha visto involucrado en incestos entre hermanos. Es probable que el hermano que comete el abuso haya sufrido abusos sexuales. Dada la proximidad de edad, el impacto del abuso puede ser reducido por los familiares. Sin embargo, en la mayoría de los casos se realiza con fuerza y coerción. (Parmelle, 1998, pág. 263)

La falta de una presencia física o emocional de los padres contribuye a facilitar el abuso sexual de un niño por su hermano. Esto puede incluir el abandono, el interés exclusivo

por la carrera profesional, el abuso de sustancias, la enfermedad mental o los embarazos repetidos.

Además, los padres pueden estimular un clima sexual en el hogar al realizar actos sexuales a la vista de los hijos el abusador sexualmente o mostrarse manifestaciones seductoras con uno o varios de los hijos, con lo que se crea un entorno en el que existen pocos límites en la relación.

- **Abuelo – Niño**

En el abuso cometido por los abuelos, lo habitual es que el abuelo sea quien comete el abuso y la nieta la víctima.

Los abuelos adoptivos son a menudo los responsables de las formas más graves de abuso. Es más frecuente que los abuelos limiten el abuso a las caricias sin penetración, pero pueden hacer amenazas explícitas y agresiones manifiestas a sus nietos. La inmensa mayoría de los abuelos que cometen abusos con las nietas los han cometido antes con sus hijas. (Parmelle, 1998, pág. 263)

3.5.2 Abuso sexual extra-familiar

Los conocimientos existentes respecto a la prevalencia respecto a los abusos familiares no son tan amplios como los que existen respecto al abuso intrafamiliar, ya que con frecuencia no son aplicables las leyes de notificación obligatoria.

En consecuencia estas situaciones no pueden ser notificadas o examinadas. Existen factores sociológicos que contribuyen a hacer que un niño sea vulnerable a los abusos sexuales extra-familiares.

El divorcio afecta a dos de cada tres matrimonios y hace que los niños entren en contacto estrecho con otros adultos: Padres adoptivos, las recientes parejas de los padres y los nuevos cuidadores de los niños. Los niños y los progenitores pueden sufrir unos efectos emocionales devastadores tras el divorcio, con lo que los hijos se encuentran simultáneamente con una mayor necesidad emocional y una menor protección.

Es frecuente que los niños prefieran acudir al centro escolar lo menos posible del día y participar en las actividades recreativas organizadas para pasar más tiempo con la familia. Como consecuencia aumenta su grado de vulnerabilidad. La poca supervisión de las actividades de un niño por parte de los padres puede aumentar el riesgo de abuso. Es más probable que abuse sexualmente de un niño el cuidador sustituto de la madre. Los niños varones tienen más probabilidades que las niñas de sufrir abusos sexuales fuera del hogar.

El agresor sexual extra-familiar es probable que sea del tipo preferencial, y encuentre un trabajo que le facilite el contacto con los niños, y en el que inicie una relación de abuso. Sin embargo, el agresor puede ser también de tipo situacional y no reconocer la atracción sexual que siente hacia los niños. Las escuelas, los grupos de jóvenes y otros tipos de centros de actividades son ámbitos frecuentes a los que pertenecen ambos tipos de agresores. (Parmelle, 1998, pág. 263)

La prostitución infantil y los círculos sexuales son otras situaciones en las que los niños pueden ser objetos de abusos por parte de adultos. Existen tres tipos de círculos sexuales: el único, el de transición y el sindicado.

- En el círculo único hay un agresor y varias víctimas. El primero puede tener un acceso directo con las víctimas.
- En el de transición hay varios agresores y las víctimas suelen ser adolescentes.
- En el círculo sindicado hay un sistema altamente organizado que puede extenderse en distintas áreas geográficas.

En estas situaciones, los niños suelen sufrir abusos en un grupo, o como mínimo conocen a los demás niños afectados, se los puede manipular para que compitan por los favores y la atención especial de los adultos al obtener gratificaciones por tener una conducta determinada.

A medida que la niña crece, se la puede utilizar como señuelo para captar a otros niños e incluirlos en el círculo. Estos desarrollan lazos de unión estrechos con los otros componentes y con los agresores.

En consecuencia, es improbable que revelen el abuso que sufren a otras personas. Los niños y adolescentes que se encuentran en esta situación pueden ser prostituidos o participar en relaciones sexuales en grupo o en pareja con adultos y compañeros. De sus actividades puede derivarse la proliferación de material pornográfico.

3.6 Secuelas

Los abusos sexuales pueden dar lugar a una amplia gama de conductas perturbadas o perturbadoras y síntomas emocionales.

En los niños en edad preescolar pueden producirse una regresión en las capacidades ya adquiridas o puede haber síntomas vagos. Puede observarse una conducta sexual inapropiada.

“El adolescente o el niño que sufre abusos sexuales pueden presentar un dolor abdominal vago, fobias escolares, comentarios sexuales avanzadas, enuresis secundaria, encopresis secundaria, conducta desafiante, crisis de angustia y una conducta pasiva” (Parmelle, 1998, pág. 264).

Es importante tener presente que algunos niños pueden no presentar signo alguno de malestar o disfunción en relación con los abusos sexuales.

Es muy posible que los síntomas no se manifiesten hasta la pubertad, la adolescencia o incluso la edad adulta. Es probable que los antecedentes de abuso no se descubran hasta que en la edad adulta el individuo no es capaz de establecer unas relaciones amorosas estables y satisfactorias.

El abuso sexual altera el desarrollo psicosexual. Esta sexualización traumática hace que la sexualidad del niño sea moldeada de una manera inapropiada y disfuncional. La relación y estimulación sexual que experimenta pasa a ser una cuestión que puede obsesionar al niño e impedir su desarrollo psicológico en otros campos.

Los niños en edad escolar que han sido sexualizados de esta forma pueden no ser capaces de reprimir o sublimar el interés por la actividad sexual como lo hacen los

demás niños de su edad, que son capaces de dedicar esta energía al aprendizaje y al desarrollo de las relaciones sociales apropiadas.

Los efectos del abuso sexual a largo plazo incluyen una amplia gama de síntomas y anomalías caracterológicas. Tanto las víctimas masculinas como femeninas del abuso sexual pueden presentar trastornos psiquiátricos relacionados con el abuso.

El trastorno límite de la personalidad presenta una clara correlación con los antecedentes de abusos sexuales. El cuadro clínico completo se observa a menudo tan solo al final de la adolescencia o en edad adulta.

De igual modo en el niño que ha sufrido abusos puede producirse un trastorno de identidad disociativa. Las conductas auto-lesivas son frecuentes. Las dificultades sexuales que la víctima puede experimentar son dificultad de excitación sexual, vaginismo, recuerdos vivos de episodios de abuso (Flashback), sentimiento de culpabilidad, ansiedad sexual y baja autoestima sexual. Además, estos individuos presentan un riesgo superior de victimización sexual en la adolescencia y en la edad adulta. (Parmelle, 1998, pág. 265)

El modelo de Finkelhor y Browne de la dinámica traumatogénica determina las características de la personalidad que se observan en los individuos con antecedentes de abuso sexual. Las víctimas de abusos sexuales en la infancia experimentan cuatro factores dinámicos: la sexualización traumática, la traición, la impotencia y la estigmatización.

Estos síntomas pueden darse también en las víctimas de otros tipos de traumas, pero la traumatización concreta de estos factores, en un menor que ha sufrido abusos sexuales da lugar a la naturaleza especial de estos niños. Los investigadores concluyen que esta dinámica afecta a la cognición y a las emociones del niño respecto al agresor, a sí mismo y al mundo en general.

Como resultado de la sexualización traumática, el niño recibe una recompensa emocional o tangible por su conducta que no es apropiada para el grado de desarrollo que tiene, puede asociar recuerdos terroríficos a la actividad sexual durante el resto de su vida o puede pensar que las conductas sexuales son apropiadas para los niños.

En el caso de la traición el niño, llega a comprender que alguien en quien confiaba y en el quien dependía le ha manipulado y dañado deliberadamente. Además, otra persona en quien ha confiado no le ha creído, no ha podido protegerse del daño o, lo que es peor no ha querido hacerlo. Los síntomas debido a la traición incluyen la dependencia extrema en las relaciones debido a la necesidad a establecer una relación de confianza.

De igual modo, la víctima puede valorar mal la confianza que muestran los demás porque no tiene un modelo de la relación de confianza apropiada.

Como adolescente y como adulto, la persona que ha sufrido abusos sexuales es especialmente vulnerable a la victimización posterior y puede crear relaciones que implique un abuso físico, emocional o sexual sobre sí misma o sobre sus hijos.

También puede presentar una falta de confianza absoluta en todas las relaciones entre varón y mujer que le conducirá a unas relaciones heterosexuales y nefastas.

En el caso de la impotencia, se socaba continuamente la voluntad y la sensación de capacidad de dominio de cualquier situación amenazante. En última instancia, la víctima acaba viéndose como alguien que no es capaz de ser eficaz en ningún campo. Puede recuperarse una cierta sensación de poder, si finalmente logra detener los abusos. Los síntomas relacionados con esta dinámica son las pesadillas y las fobias, así como la dependencia y la hipervigilancia. (Interbi, 2009, pág. 164)

El deterioro de la sensación de eficacia y de las capacidades de afrontamiento pueden dar lugar a problemas de aprendizaje, gestos suicidad e intentos de suicidio, así como huidas.

La estigmatización es la sensación de vergüenza y de culpa que forman parte del abuso mantenido y que se integran en el auto-concepto de la víctima. Estas emociones negativas proceden del secreto, las afirmaciones que hace el agresor sobre los hechos y las reacciones de desaprobación de los demás respecto al abuso o a las demás víctimas de este tipo de agresión. (Parmelle, 1998, pág. 265)

Los síntomas resultantes consisten en una baja autoestima, una sensación persistente de culpabilidad y vergüenza y la creencia de la víctima de que es la única persona que ha pasado por esta experiencia.

3.7 Factores mediadores del abuso sexual infantil

No todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia de victimización, ni todas las experiencias comparten las mismas características.

El impacto emocional de una agresión sexual está modulado por cuatro variables: el perfil individual de la víctima (estabilidad psicológica, edad, sexo y contexto familiar); las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o de amenazas, cronicidad, etc.); la relación existente con el abusador; y, por último, las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso. (Lammoglia, 2009, pág. 88)

En general, la gravedad de las secuelas está en función de la frecuencia y duración de la experiencia, así como del empleo de fuerza y de amenazas o de la existencia de una violación propiamente dicha (penetración vaginal, anal o bucal). De este modo, cuanto más crónico e intenso es el abuso, mayor es el desarrollo de un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad y más probable resulta la aparición de síntomas.

Respecto a la relación de la víctima con el agresor, lo que importa no es tanto el grado de parentesco entre ambos, sino el nivel de intimidad emocional existente. De esta forma, a mayor grado de intimidad, mayor será el impacto psicológico, que se puede agravar si la víctima no recibe apoyo de la familia o se ve obligada a abandonar el hogar.

Por otro lado, en lo que se refiere a la edad del agresor, los abusos sexuales cometidos por adolescentes resultan, en general, menos traumatizantes para las víctimas que los efectuados por adultos.

Por último, no se puede soslayar la importancia de las consecuencias derivadas de la revelación del abuso en el tipo e intensidad de los síntomas experimentados. La reacción del entorno desempeña un papel fundamental.

El apoyo parental da crédito al testimonio del menor y le da seguridad protección; especialmente el apoyo de la madre, que es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen su nivel de adaptación general después de la revelación.

Probablemente la sensación de ser creídos es uno de los mejores mecanismos para predecir la evolución a la normalidad de los niños víctimas de abuso sexual.

En ocasiones, la respuesta de los padres ante la revelación del abuso puede ser más intensa que la del propio niño, sobre todo en los casos en que la madre se percata del abuso sexual a su hijo protagonizado por su propia pareja. Los sentimientos de vergüenza y culpa, de cólera y pena, de miedo y ansiedad, pueden afectar a los padres de tal manera que se muestran incapaces de proteger al niño adecuadamente y, en los casos más graves, pueden llegar incluso a culparlo de lo sucedido.

No deja de ser significativa la influencia de situaciones de estrés adicionales, como consecuencia de la revelación del abuso, sobre la estabilidad emocional de la víctima. En concreto, la posible ruptura (legal o de hecho) de la pareja, el encarcelamiento del padre o padrastro, la salida de la víctima del hogar (única vía a veces para garantizar su seguridad, pero que supone un coste emocional y de adaptación importante) o la implicación en un proceso judicial (con las posibles consecuencias penales para el abusador) son algunas de estas situaciones.

Respecto al último punto señalado, los juicios largos, las testificaciones reiteradas y los testimonios puestos en entredicho suponen una victimización secundaria y ofrecen un peor pronóstico.

3.8 Indicadores

3.8.1 Indicadores físicos del abuso sexual

Entre los indicadores físicos de abuso sexual se distinguen elementos sugerentes, concluyentes y de certeza:

- **Sugerentes:** borde himeneal irregular; escotadura parcial del himen; y desgarro de los labios menores.

- **Concluyentes:** escotadura total del himen; laceración o cicatrices del himen; himen ausente o desgastado; desgarro de la horquilla posterior; y laceraciones anales.
- **Certeza:** son el embarazo y la presencia de semen (hallazgo forense).

La frecuencia de hallazgos físicos, según diversos estudios, es muy baja, fluctuando entre 4% y 6% en distintas series, lo que indica que muchas veces se llega tarde en el momento de pesquisar los hallazgos.

3.8.2 Indicadores conductuales del abuso sexual

Los indicadores conductuales de abuso sexual, tema de la psiquiatría forense, se dividen en **conductas sexualizadas y no sexualizadas**.

Las conductas sexualizadas dependen de la edad y de la etapa evolutiva de las víctimas, que se clasifican en menores de 10 años y mayores de 10 años.

En los menores de 10 años las conductas sexualizadas son: conocimiento sexual precoz; interacción sexualizada con otras personas; dibujos sexualmente explícitos; actividad sexual con animales o juguetes y la masturbación excesiva, entendiéndose como tal la actividad masturbatoria que produce daño, que se hace numerosas veces al día, que no se puede detener, que se acompaña de sonidos emitidos por el niño, o bien, que se asocia a introducción de objetos en la vagina o ano. (Interbi, 2009, pág. 166)

En los mayores de 10 años, las conductas sexualizadas corresponden a la promiscuidad sexual y a la explotación sexual comercial.

Relación con suicidios, pese a estos indicadores conductuales, se ha visto que los índices discriminadores más significativos son el estrés post traumático (recuerdos intrusivos, hipervigilancia, conductas de evitación, etc.) y las conductas sexualizadas.

El suicidio era tres veces más frecuente en aquellas mujeres que fueron abusadas en su infancia, en tanto que la prevalencia de depresión era el doble, en comparación con los controles.

3.9 Impacto del Abuso Sexual en los niños, niñas y adolescentes

El impacto que se genera en los menores producto del abuso sexual, deja secuelas realmente impresionantes en la vida de las víctimas, las mismas que los diversos autores las describen desde varias aristas, para lo cual se ha tomado información relevante para la descripción del impacto y detección del abuso en las víctimas; para lo que se ha tomado extractos principalmente de un excelente libro de Irene Intebi: Abuso sexual infantil, en las mejores familia. Barcelona. Ediciones Granica S.A. 1998-2009. Citada a continuación las páginas 173-209.

El principal indicador del abuso sexual es el relato que hacen la niña o el niño victimizados. A pesar de su especificidad, pocas veces es tomado en cuenta tanto por las personas que lo escuchan por primera vez como por las autoridades que intervienen.

Los indicadores gráficos son importantes, ya que nos permite identificar de forma proyectiva, situaciones traumáticas, producto del abuso sexual, porque se ha descrito que en la mayoría de los casos se hace el diagnóstico a través de los dibujos de los niños.

Se debe sospechar abuso si el niño hace dibujos con connotación sexual; cabezas sin cuerpo o cuerpos sin la mitad inferior; desorganización de las partes del cuerpo; encapsulamiento de las personas; uso de color rojo; uso de imágenes con forma de corazón; con regresión artística; círculos y formas triangulares; y en casos en que el niño manifieste auto-depreciación, es decir, que se siente como una persona mala.

Recordemos, además que los investigadores señalan que menos de la mitad de los adultos que recuerdan haber sido victimizados sexualmente, lo han contado en la infancia y que sólo una quinta parte de los que lo han contado, tuvo algún tipo de intervención por parte por parte de las autoridades.

Resulta necesario entonces, establecer otros criterios que contribuyan a verificar los relatos infantiles. Para quienes han trabajado en este tema saben que validar un diagnóstico de abuso sexual es una cuestión muy compleja, no sólo complicada sino también delicada por las implicancias legales a corto plazo y las emocionales a futuro.

Por tanto la precisión diagnóstica será mayor en la medida en que reconozcamos la presencia de signos y síntomas físicos y emocionales, asociados al abuso que corroboren una sospecha y el discurso del menor.

Raramente la confirmación del abuso se basa en la presencia de sólo uno de los indicadores. Por el contrario, la tarea de los profesionales intervinientes se asemeja a la del investigador que va articulando diversas pistas indicadores para tener un panorama lo más cercano posible a lo que verdaderamente ocurrió.

Diversos autores se han dedicado a enumerar los indicadores “signos y síntomas” asociados al abuso sexual infantil.

Se consideran signos de cualquier enfermedad física o trastorno psicológico a todos los fenómenos que pueden ser apreciados por el observador; mientras que los síntomas son aquellos datos percibidos y descritos por los pacientes y que, en general están ligados a sensaciones corporales, a sentimientos y pensamientos.

Los indicadores se presentan: a corto y largo plazo en el tiempo y en la salud física, mental y sexual.

- A corto plazo: hasta 2 años después del evento abusivo.

- A largo plazo: después de 2 años del evento abusivo.

- Salud Física.
- Salud Mental: Psicológico, Emocional, Conductual, Social.
- Salud en la Sexualidad, Relacional, Vincular.

3.9.1 Impacto del abuso sexual a corto plazo

3.9.1.1 Impacto en la Salud Física: a corto plazo

Algunas formas de abuso no producen lesiones, por lo cual no deben esperarse encontrar signos físicos en el examen. Aún en los casos en que los menores hayan sido lastimados,

pueden transcurrir semanas, meses o años desde el momento que se produjo el accidente, hasta que los pacientes sean examinados. Este retraso en la consulta permite que el semen u otros residuos desaparezcan y que la mayor parte de las lesiones cicatricen. (Interbi, 2009, pág. 174)

Los hallazgos físicos, cuando están presentes, varía con el grado de traumatismo sufrido por la víctima. Los traumatismos menores producen lesiones pequeñas que cicatrizan rápido, sin dejar marcas. Los desgarros profundos tiene un tiempo de cicatrización mayor y dejan, con frecuencia cicatrices visibles aún después de períodos relativamente largos. (UNFPA, 2008, pág. 149)

Indicadores físicos específicos

- Lesiones en zonas genital y/o anal
- Sangrado por vagina o ano.
- Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis blenorragia, SIDA condilomas acumulados, conocidos como verrugas genitales, herpes genital, flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales en la flora normal de los niños)
- Embarazos no deseados.
- Cualquiera de los indicadores anteriores junto con hematomas o excoriaciones en el resto del cuerpo, como consecuencia del maltrato físico asociado.

Las lesiones en las zonas genital y/o anal se refieren a desgarros recientes o cicatrices del himen, diámetro himeneal mayor de 1 cm, desgarró de la mucosa vaginal, dilatación anal y esfínter anal hipotónico. Son lesiones sospechosas pero menos específicas las inflamaciones, el enrojecimiento (eritemas) y las lesiones por rascado. (UNFPA, 2008, pág. 151)

Indicadores físicos inespecíficos

- Ciertos trastornos psicosomáticos como los dolores abdominales recurrentes y los dolores de cabeza sin causa orgánica, cefaleas.

- Problemas del sueño: terrores nocturnos, pesadillas, insomnio.
- Trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa, obesidad, anemia)
- Fenómenos regresivos como la enuresis y encopresis en niños que ya habían logrado el control esfinteriano.

Muchas mujeres establecen entre el trastorno alimentario que padecen y las relaciones directas o indirectas al impacto traumático del abuso infantil.

Algunas describen a la anorexia nerviosa no sólo como una manera de evitar contactos y sensaciones sexuales propias, sino también como un método para provocar disgusto y rechazo en el perpetrador.

3.9.1.2 Impacto en la Salud Mental: a corto plazo

Emocionales: Stress postraumático, depresión, ansiedad, ideación suicida, culpa y vergüenza, baja autoestima y sentimiento de estigmatización, rechazo al propio cuerpo, miedo generalizado, hostilidad y agresividad, desconfianza y rencor hacia los adultos.

Conductuales: Bajo rendimiento académico, hiperactividad, déficit en atención y concentración, conductas auto-lesivas y suicidas, huidas del hogar, consumo de sustancias.

Sociales: Déficit en las habilidades sociales, retraimiento social, conductas antisociales.

Indicadores psicológicos

Según la etapa de la experiencia traumática que este atravesando el niño, estos indicadores psicológicos revestirán diferentes características: en la época en que el abuso está comenzando es más frecuente detectar signos y síntomas relacionados con estrés postraumático mientras que, en la fase crónica, se reconocerán conductas asociadas al síndrome de acomodación a la victimización reiterada. Muchas veces si el niño o su familia recuerdan la aparición de indicadores de estrés postraumático, es posible inferir la fecha aproximada de comienzo del abuso. (Interbi, 2009, pág. 178)

Indicadores psicológicos inespecíficos

Las personas afectadas por este trastorno “síndrome de estrés postraumático” evitan de manera persistente los estímulos relacionados con el trauma, eluden los pensamientos y sentimientos asociados, esquivan las conversaciones sobre el tema y rehúyen las actividades, situaciones o personas que pueden hacer aflorar los recuerdos.

Este mecanismo desemboca en un estado de rigidez psíquica, con una disminución notable de la reactividad habitual. Se observan indiferencia, distanciamiento con respecto al mundo externo, junto con una actitud sumamente alerta, a la defensiva de posibles ataques o desorganizaciones del medio circundante.

A esto se agregan trastornos del sueño (insomnio y pesadillas) y alteraciones de la memoria, junto con dificultades para ejecutar las tareas habituales.

El fondo emocional es netamente depresivo y se observa ansiedad, irritabilidad y sentimiento de culpa, generalmente por haber sobrevivido a la situación desencadenante o por las creencias de haberla provocado.

Otras de las particulares de este cuadro en el adulto son el temor, la desesperanza y el pánico intenso, en tanto que el caso de los niños hay que tener presente los comportamientos desestructurados y agitados.

Es menester entender que la **Disociación** constituye un complejo proceso psicofisiológico que produce alteración en el estado de conciencia. Durante el proceso, los pensamientos, los sentimientos y las experiencias no son integrados a la conciencia ni a la memoria del individuo de la manera que normalmente sucede. (Caro, 1997, pág. 157)

Un fenómeno disociativo siempre está acompañado por dos características:

- a) una pérdida de la sensación de la identidad propia y
- b) un trastorno de la memoria del sujeto que puede manifestarse como una amnesia frente a hechos vividos o en relación a acciones complejas.

Diferentes investigaciones confirman que existe una predisposición personal y/o familiar que facilita la utilización de la disociación como mecanismo de defensa y señalan, además, que ésta se activa ante circunstancias de la vida real sumamente traumáticas.

Entre los factores que pueden provocar una respuesta disociativa se menciona el maltrato infantil, abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato fisiológico y negligencia, las experiencias que ponen en riesgo la vida del sujeto y las pérdidas repentinas del entorno familiar.

La ventaja que este mecanismo representa para la economía psíquica es permitir convivir y, sobre todo, sobrevivir, a situaciones altamente traumáticas, conservando una adaptación aparentemente normal al entorno. Bajo condiciones de sobrecarga extrema, la fisiología cerebral se modifica sustancialmente. La sobre-estimulación bloquea la capacidad normal de absorber y almacenar la información, provocando el proceso disociativo que separa las experiencias abrumadoras del conocimiento consciente.

Sus efectos son complejos: los recuerdos traumáticos percibidos por el individuo se pueden “perder” de manera total o parcial, o ciertos fragmentos perceptuales se pueden conservar, aunque completamente separados de sus consecuencias emocionales, permitiendo que los hechos conmocionantes para el psiquismo queden (mal) integrados a la historia personal como episodios poco significativos.

Posteriormente estos elementos disociados pueden ser recuperados fragmentariamente como imágenes visuales, recuerdos corporales, sensaciones extrañas y/o como sentimientos o pensamientos intrusivos.

Las desventajas de la disociación surgen cuando, ante la cronicidad de los hechos traumáticos, este mecanismo se activa no ya para proteger al sujeto en situación de riesgo, sino ante cualquier circunstancia que implique conflicto o angustia, sin tener en cuenta la magnitud y las características del problema. Es entonces que la disociación produce serios efectos indeseables, cuando se activa casi de manera automática y se convierte en un mecanismo de defensa privilegiado.

Indicadores psicológicos específicos

Uno de los listados más abarcativos de conducta asociadas al abuso sexual infantil es el sugerido por los especialistas norteamericanos Sgroi, Porter y Blinck, quienes mencionan los siguientes indicadores:

- 1) actitudes de abierto sometimiento
- 2) conductas agresivas con tendencia a externalizar el conflicto
- 3) comportamientos pseudomaduros o sobre adaptados
- 4) indicios de actividades sexuales
- 5) juegos sexuales persistentes e inadecuados con niños de la misma edad, con juguetes o con sus propios cuerpos, o conductas sexualmente agresivas hacia los demás
- 6) comprensión detallada e inapropiada para la edad de comportamiento sexuales (sobre todo con niños pequeños)
- 7) permanencia prolongada en la escuela (llegar antes de la hora y retirarse después), sin ausentismo
- 8) mala relación con sus pares y dificultades para entablar amistades
- 9) desconfianza, en especial hacia figuras significativas
- 10) falta de participación en actividades escolares y sociales
- 11) dificultades para concentrarse en la escuela
- 12) disminución brusca del rendimiento escolar
- 13) temor exacerbado hacia los hombres (en los casos que la víctima es una niña y el perpetrador, un hombre)
- 14) conductas seductoras con los hombres (en los casos en que la víctima es una niña y el perpetrador, un hombre)
- 15) fugas del hogar
- 16) trastornos del sueño
- 17) conductas regresivas
- 18) retraimiento;
- 19) depresión clínica
- 20) ideación suicida

Puede llamar la atención que, en medio de la diversidad de estos indicadores, coexistan algunos que son la contracara de otros. Es interesante señalar que la complejidad de los trastornos observados refleja las diferentes modalidades de reacción de los niños y permite entrever los intentos de defensa y de adaptación a la traumatización crónica.

Hay menores que tienen mayor facilidad para externalizar el impacto emocional que les produce la situación abusiva y en consecuencia, presentan comportamientos que llaman la atención de los adultos, por el monto de agresividad demostrado o por sus características transgresoras.

Otros niños, por el contrario, no tienen facilitada la vía de la externalización y revierten el impacto traumático sobre sí mismos. Son criaturas silenciosas, retraídas, hiper-maduras o pseudo-adaptadas, depresivas, con manifestaciones somáticas de distintas clases, sumamente pasivas. Estos niños no despiertan la preocupación de los adultos, que suelen estar conformes y orgullosos de que sean “callados”, “tranquilos” o “educaditos”

Indicadores psicológicos y estadios evolutivos

Entre los niños muy pequeños (menores de tres años) es habitual observar irritabilidad, dificultades en el sueño, trastornos en la alimentación y alteraciones en el nivel de actividad junto con conductas agresivas o regresivas, una comprensión precoz de la sexualidad y despliegue de actividades sexuales inadecuadas.

Es frecuente que los preescolares se vuelvan a orinar en la cama en las noches después de haber logrado el control esfinteriano, se muestren hiperactivos, presenten alteraciones en el ritmo de sueño, manifiesten temores y fobias intensas, exhiben conductas compulsivas y padecen trastornos de aprendizaje. Demuestran explícitamente evidencias de sexualización precoz que incluyen juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad sobre lo sexual inusual para la edad.

Generalmente los adultos se preocupan porque los niños se masturban compulsivamente, llegando en algunas ocasiones a utilizar objetos por lo general, muñecos, ropas o partes del cuerpo de otras personas; o introducirse elementos en los orificios vaginales y/o

anales. En estos casos pueden llegar a producirse lesiones en los genitales. Puede observarse también una intensa ansiedad frente a la separación y conductas seductoras hacia los adultos.

En la latencia, los niños pueden presentar cualquiera de los trastornos ya enumerados. Los adultos deberían tener en cuenta la posibilidad de abuso sexual infantil cuando un niño de esta edad comienza a tentarse con pequeños robos, miente con frecuencia, se muestra cruel con sus pares o con animalitos y manifiesta, además, profundos sentimientos de desesperanza y tristeza.

También pueden repetir o protagonizar episodios de coerción sexual con niños más pequeños o más retraídos. Es importante estar alerta en estos casos ya que lo que se suele hacer en estos casos habitualmente es proteger a quien fue victimizado en última instancia y reprender o sancionar al agresor.

El fracaso escolar provocado por el abuso sexual se debe a la imposibilidad de concentrarse en las tareas propuestas, sumada a los trastornos de atención que ocurren cuando el niño se ve invadido por los recuerdos y la reviviscencia de los sentimientos asociados al abuso.

Al llegar a la adolescencia los indicadores de abuso sexual involucran conductas riesgosas tanto para la víctima como para los demás, hay que reconocer que en la base de las conductas más violentas, aún hacia el entorno, podemos encontrar intensos deseos autodestructivos y una búsqueda desenfrenada de castigo.

Por otro lado la cronicidad de la situación padecida y la indefensión persistente han erosionado ya, de manera indeleble, la autoestima de la víctima.

Es así que, en los extremos podemos encontrar adolescentes que se lastiman a sí mismas es decir se auto-mutilan, o se cortan, otros caen en diversas adicciones y en conductas delictivas o que han intentado suicidarse.

Otras víctimas se fugan reiteradamente del hogar, en un intento de poner un corte a la situación abusiva.

Pueden haber incurrido en promiscuidad sexual e incluso incursionan en la prostitución. En esta etapa suelen observarse cuadros psicopatológicos más específicos relacionados con trastornos de la identidad y con la disociación.

Cuando la sintomatología es más mitigada, persiste el retraimiento, la sobre adaptación y la depresión acompañada de una inhibición sexual llamativa. Las jóvenes niegan cualquier interés relacionado con los órganos sexuales, eluden y se ponen ansiosas/os cuando se enfrentan con temas sexuales. Esta actitud es rápidamente percibida por el grupo de pares que suelen burlarse ante la intolerancia de estas muchachas/os frente a bromas de doble sentido o de franco contenido sexual.

La inhibición también se manifiesta en la manera en que se visten con el fin de ocultar sus pechos o cualquier modificación corporal que indique que se están convirtiendo en mujercitas. Se acompaña de una marcada incapacidad para interactuar con el sexo opuesto que, a la larga puede condicionar reiterados fracasos para formar una pareja. Estos fracasos, sumados al temor y al rechazo hacia las figuras masculinas, frecuente en las víctimas mujeres, puede determinar elecciones de pareja homosexuales.

Indicadores psicológicos y entorno familiar

Existen, por otro lado, indicadores relacionados con la dinámica familiar, en especial con el tipo de vínculo que establece el padre en caso de ser el abusador con su hija. En la mayoría de estas familias, los límites inter-generacionales están esfumados.

Los hijos cuidan a los padres, cumpliendo funciones parentales en especial las niñas que antes de ser victimizadas, suelen atender a sus hermanos menores y encargarse de las tareas domésticas, como verdaderas “mujercitas” de la casa. Los progenitores, por otro lado involucran a los hijos en conflictos conyugales, llegando muchas veces a interactuar con los niños como si tuvieran todos la misma edad.

El abusador establece con ellos un vínculo de favoritismo que es detectado por el resto de los hermanos, generando celos hacia él o la “elegido/a”. Además el perpetrador se torna posesivo hacia la joven victimizada, especialmente cuando es su padre, le impide relacionarse con gente de su edad y, sobre todo salir con muchachos. Esta actitud no se

limita a supervisar que sus hijas tengan amigos o salidas apropiadas; el interés paterno radica en eliminar por completo todo tipo de contactos. Muchos padres interfieren las llamadas telefónicas y aíslan a las jóvenes en sus hogares. (Parmelle, 1998, pág. 266)

3.9.1.3 Impacto en la sexualidad: corto plazo

Presentan conocimiento sexual precoz o inapropiado para la edad que poseen, excesiva curiosidad sexual, conductas hipersexualizadas, conductas exhibicionistas, masturbación compulsiva, problemas de la identidad sexual.

Constituyen uno de los indicadores más ligados al abuso e insinúa un conocimiento inhabitual acerca de los comportamientos sexuales adultos. Las tres teorías que los niños corrientemente elaboran se refieren a:

- 1) La universalidad fálica (“La hipótesis de que ambos sexos poseen el mismo aparato genital el masculino es la primera de las teorías sexuales infantiles”).
- 2) La teoría cloacal (en relación a la pregunta de dónde nacen los bebés, suponen que “nacen saliendo del intestino como un acto excrementicio”)
- 3) El coito sádico (explican el intercambio sexual entre un hombre y una mujer como “una especie de maltrato” donde participan la expulsión de orina o de excrementos)

Todos los niños, entre los 4 y 5 años, se muestran interesados en asuntos sexuales y hacen preguntas sobre la diferencia sexual anatómica, sobre cómo nacen los bebés y cómo se forman.

También exploran sus propios cuerpos y curiosoan el de sus pares (sobre todo los del sexo opuesto). Estos juegos sexuales infantiles permiten a los pequeños investigar sus cuerpos y las sensaciones asociadas con las zonas erógenas a través de la masturbación y los acercamientos con otros niños.

Representan un estadio normal del desarrollo bio-psíquico de cualquier persona y no deben alarmarnos a menos que se convierta en la actividad que más interés despierta en el niño o que ocupa la mayor parte de su tiempo. Cuando esto último sucede, deberíamos prestar especial atención ya que suele indicar una erotización prematura.

Hacer esta distinción en poco tiempo y con el mayor grado de certeza posible es de gran ayuda para la detección precoz del abuso sexual infantil. Para ello hay que tener en cuenta el tipo de actividad observada, si hay utilización de fuerza física o de algún tipo de coerción y si existen diferencias evolutivas entre los involucrados en el juego.

Ya se dijo que todos los niños se tocan los genitales y se masturban en determinadas etapas de la vida y en ciertos momentos de su rutina diaria. Por ejemplo, no resulta extraño que un niño pequeño se masturbe antes de dormir mientras se balancea suavemente en la cuna o mientras toma su mamadera. Forma parte del proceso de desconexión de los estímulos externos para poder conciliar el sueño. Por el contrario, no es esperable que ese mismo niño se masturbe en las horas en que está despierto y con otras actividades interesantes a su alcance, ya sea en su casa o en la guardería.

Los pequeños que no han sufrido una sobre estimulación temprana prefieren jugar antes que masturbarse. Además cuando son un poco mayorcitos 4 ó 5 años se dan cuenta de que los adultos los reprenden cuando los sorprenden explorando sus genitales. Razón por la cual, suelen esconder estas actividades a los mayores. Si a pesar de esta realidad, el niño o la niña no pueden evitar masturbarse aún en presencia de una figura que podría censurarlo, deberíamos investigar la posibilidad de que el niño esté siendo victimizado.

Los niños victimizados proponen juegos con representaciones o actividades concretas de besos profundos, sexo oral, coito anal o vaginal, inserción de objetos en orificios genitales o masturbación.

Es importante recordar que los niños sobre todo los más pequeños, no tienen manera de conocer los detalles de una relación sexual adulta si no tuvieron la oportunidad de observar o si no fueron víctimas de abuso.

Desconocen, por ejemplo, la posición de los cuerpos, los movimientos copulatorios, las sensaciones que acompañan a la penetración y la existencia de la eyaculación. Si un niño se refiere a estos temas, sea mediante relatos o juegos con amigos o muñecos, es altamente probable que haya sido victimizado.

Cabe agregar que la utilización de fuerza física o la coerción psicológica para conseguir la participación de otros en los juegos sexuales constituye un elemento más para inferir la victimización sexual de quien lo propone.

Resulta sospechoso de victimización sexual si un niño toca o quiere oler los genitales del adulto, se aproxima por detrás a una persona agachada y, desde esa posición, realiza movimientos copulatorios, se acomoda sobre un adulto en la cama y simula movimientos de coito, solicita o trata de introducir la lengua cuando besa.

Las fugas de los niños del hogar están altamente relacionadas con cualquier forma de maltrato infantil y no son indicadores exclusivos de victimización sexual; sin embargo, esta modalidad abusiva debería investigarse cuando se está en contacto con púberes y adolescentes que abandonan sus familias.

Si una niña muestra actitudes seductoras hacia adultos, nunca se piensa que puede tratarse de comportamientos erotizados aprendidos en un vínculo abusivo que recompensa con regalos o afecto el sometimiento de la víctima. Esta conducta, entonces, se convierte en un arma de doble filo para las niñas abusadas púberes o adolescentes ya que por un lado actúan de manera provocativa o se visten con ropas ajustadas y llamativas mientras adoptan actitudes seductoras con los varones, sobre todo con aquellos cuyas edades coinciden con la del abusador. (Interbi, 2009, pág. 189)

Muchos hombres sonreirán divertidos frente a estas jovencitas. Pero otros llegarán a involucrarse sexualmente con ellas. El problema es que suele tratarse de relaciones poco estables que para el hombre representan la obtención de un trofeo y un refuerzo de su autoestima, mientras que para las adolescentes es un nuevo desengaño en la búsqueda desesperada de un varón adulto confiable y protector. Razón por la que, durante la adolescencia, las víctimas de abuso sexual pueden internarse en un espiral de promiscuidad o prostitución que no saben cómo detener y de la que no pueden salir. (Interbi, 2009, pág. 190)

3.9.2 Impactos del Abuso Sexual: A largo plazo:

-**Físicos:** dolores crónicos generales, trastornos de somatización, trastornos del sueño, molestias gastrointestinales, trastornos de la alimentación (especialmente bulimia).

-**Conductuales:** intentos de suicidio, consumo de drogas, trastorno disociativo de identidad.

-**Sociales:** aislamiento social, problemas en las relaciones interpersonales.

-En la **sexualidad:** creencia de ser valorado/a sólo por el sexo, falta de satisfacción sexual, trastornos de la activación sexual y el orgasmo.

Impacto del Abuso Sexual en el desarrollo del SNC

-Neuroendocrinas: incremento de la secreción de cortisol, descenso de secreción de serotonina.

-Estructurales: menor volumen del cuerpo calloso, menor volumen del hipocampo, menor volumen de la amígdala.

-Funcionales: híper-activación de la amígdala

-Neuropsicológicas: afectación de la memoria, peor razonamiento abstracto, afectación de la atención y concentración, mayor respuesta acústica de sobresalto.

3.10 Consecuencias del Abuso Sexual

Las variables a considerar para evaluar las consecuencias del abuso y violencia sexual están ligadas a:

a) el tiempo transcurrido desde el inicio de los acercamientos.

b) al tipo de parentesco o de la relación con él/los perpetrador/es.

c) el tipo de conducta abusiva.

d) la reacción del entorno antes estos hechos.

e) el sostén familiar y social con que cuente el menor.

Realizar el diagnóstico de abuso sexual infantil y de los perjuicios que puede devenir producto del mismo es muy complejo. Por un lado, como ya se mencionó, son incidentes que suceden en el mayor de los secretos y de los que sólo pueden dar cuenta los involucrados: niños y ofensores.

El papel de la familia es esencial en la recuperación física y emocional del niño que ha sufrido de abuso sexual. La atención que se le ha de proporcionar a este niño no debe únicamente centrarse en el cuidado de sus lesiones físicas, sino debe ser coordinada entre distintos profesionales dándole también atención psicológica.

3.10.1 Consecuencias de abuso sexual en adolescentes

En la adolescencia, es común ver a mujeres y hombres con una conducta sexual inadecuada, poco protegida, riesgosa, con un alto grado de seducción, con mayor infidelidad y parejas amorosas múltiples, como consecuencia del abuso o la violación vivida en la infancia aun sin darse cuenta de esta relación causa–efecto. (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000, pág. 53).

En lugar de juzgar a una persona por su conducta, es indispensable tratar de comprender qué le sucede. Las consecuencias dependen en gran medida del tipo de abuso y sus circunstancias, las consecuencias suelen ser mayores mientras más cercanas afectivamente sea quien agredió, mientras más violencia haya existido, mientras más tiempo haya sucedido y mientras menos se haya creído y/o apoyado a la víctima.

3.11 Modelos explicativos del Abuso y Violencia Sexual

Pese al gran cumulo de información que se puede obtener acerca del tema, también se encuentran limitaciones y contradicciones, pues la literatura disponible describe modelos que podrían explicar el porqué de este fenómeno que menoscaba la infancia y adolescencia en el ser humano. (Roa, pág. 145)

Para lo cual se expondrá modelos explicativos como:

-Modelos uni-factoriales:

- Modelos biológicos
- Modelos psiquiátricos
- Modelos feministas
- Modelos cognitivos/conductuales
- Modelo sistémico

-Modelos multifactoriales:

- Modelos multi-sistémico
- Modelo de los cuatro factores (precondiciones)
- Modelo cuadripartido

3.11.1 Modelos uní-factoriales

Entre estos se encuentra el **modelo biológico**, que plantea como principal causa del abuso la excitación sexual desviada.

Según esta teoría, los abusadores experimentan mayor excitación sexual ante estímulos relacionados con niños/as que con adultos. Este modelo también incluye las investigaciones sobre las modificaciones de los niveles hormonales (específicamente de la testosterona, hormona masculina) que aparecen en la sangre y que se relacionaría con la probabilidad de agresiones sexuales. (Gilberti, 2005, pág. 103)

Los **modelos psiquiátricos** tienden a focalizar en las características patológicas del ofensor las causas del abuso. Muchas de estas teorías ponen énfasis en los conflictos y traumas de la infancia no resueltos del ofensor.

En los **modelos feministas**, el abuso sexual infantil es redefinido y se plantea que el abuso sexual está causado por la diferencia de poder que existe en las familias patriarcales tradicionales. Sostiene que este desequilibrio de poder es el que conduce a que el esposo domine a la esposa y el padre a los hijos. La teoría feminista plantea que el hombre percibe a los miembros de la familia como posesiones que puede utilizar según su deseo.

Además, el abuso sexual infantil es visto como un proceso por el cual el sexo se convierte en un acto de agresión que los hombres utilizan para mantener su "masculinidad" y poder.

Existen muchas teorías que se encuadran dentro de los **modelos cognitivos conductuales**, los que explican el abuso sexual por la conducta del agresor. Inicialmente se pensaba que el abuso sexual infantil tenía como causa y era mantenido por preferencias sexuales inapropiadas del adulto. Más recientemente este planteamiento se amplía incorporando el aprendizaje social como causa.

Algunos investigadores pusieron énfasis en las experiencias tempranas de condicionamiento. De esta manera, los ofensores recordarían sus experiencias sexuales iniciales y estas fantasías podrían adquirir propiedades sexuales de excitación.

En el **modelo sistémico** el abuso sexual es visto como producto de un sistema familiar problemático, donde cada uno de sus miembros contribuye de alguna manera para que se produzca la agresión.

Estos modelos mencionados no fueron suficientes para explicar los diferentes tipos de abuso sexual, por tanto adoptaron otros modelos más amplios que tienen en cuenta diversos factores y abarcan tanto al abusador como a la familia y a la sociedad.

3.11.2 Modelos multifactoriales

El **modelo multi-sistémico**, que identifica cuatro sistemas que se relacionan a la probabilidad de que ocurra el abuso sexual, y son:

- Factores socio-ambientales
- Factores de la familia de origen del abusador
- Factores psicológicos individuales
- Factores del sistema familiar

En 1992 se desarrolla otra teoría denominada **modelo cuadripartido**, en el que se organizan los elementos propuestos en modelos previos. Además, plantea que

dependiendo del tipo de agresión sexual se encontrarían con mayor o menor fuerza como factores motivacionales, la combinación de factores fisiológicos, cognitivos, afectivos y de personalidad.

Los autores Hall y Hirschman afirman que los tres primeros factores son más situacionales y el cuarto representa rasgos más permanentes.

A partir de la década de los 80 se desarrolló un método para organizar las diversas y hasta opuestas teorías y resultados mencionados en la literatura.

Este modelo, denominado de los **cuatro factores o de las "cuatro precondiciones del abuso sexual"**, fue desarrollado por David Finkelhor, sociólogo norteamericano, el mismo que ha realizado diversos estudios relacionados a la temática mencionada.

El Modelo Traumatogénico de Finkelhor es quizá el más mencionado y trabajado, ya que señala aspectos evidentes en estos casos como: sexualización traumática, pérdida de confianza, indefensión y estigmatización.

Lo cual genera distorsión del auto-concepto, la visión de mundo y las capacidades afectivas de las víctimas. Este modelo establece que para la ocurrencia de una situación de abuso se debe cumplir con las siguientes precondiciones:

1. Motivación: La persona que abusa posee una motivación ya sea por experiencias traumáticas de la infancia o por incapacidad de relacionarse con otras personas adultas.

2. Bloqueo de los inhibidores internos: Todas las personas poseen una serie de inhibidores, denominados conciencia moral, auto control, etc., que impiden la ejecución de ciertos actos. Sin embargo, éstos pueden ser bloqueados por ciertos desinhibidores como el alcohol, drogas o impulsos violentos que contribuyen a precipitar la acción.

3. Bloque de los inhibidores externos: Pueden servir como bloqueadores externos la sanción social, la represión judicial, la acción de la familia y la comunidad. La falla o ausencia de estos sistemas puede favorecer la presencia del abuso sexual.

4. Vulnerabilidad: Finkelhor plantea que no es suficiente la presencia de las tres precondiciones anteriores si el ofensor no tiene acceso a una persona que sea vulnerable.

Un niño/a es vulnerable cuando:

- Carece de información sobre el abuso
- Vive aislado y no tiene posibilidad de comunicación
- No se le percibe como sujeto de derecho, sino como objeto y propiedad de sus padres o de los adultos con quienes se encuentra en relación de dependencia.

Es importante mencionar que otro de los modelos que en la actualidad se pone de manifiesto es el **Modelo del Trastorno de Stress Postraumático**, en el cual el abuso sexual cumple con los requisitos de este trastorno exigidos por la clasificación DSM- IV y genera en la mayoría de las víctimas, síntomas propios de este trastorno, especialmente en niños pequeños.

Así, también el Modelo Barudy o Carrera Moral de los Niños Abusados Sexualmente; señala como característica principal la “ruptura del contexto” (alimento afectivo sexualizado, manipulación del vínculo afectivo, mensajes culpabilizantes e imposición de ley del silencio y secreto) producido por las conductas abusivas del adulto, generan los procesos de traumatización (re-experimentación y anestesia), en el corto plazo y de Resocialización Secundaria (sexualización traumática, alienación sacrificial) en el largo plazo.

En síntesis se puede decir que si bien, ciertos autores ponen énfasis en factores unitarios, actualmente la tendencia es considerar la perspectiva multifactorial que permite considerar el abuso sexual infantil como un fenómeno complejo donde entran a jugar diversas variables asociadas.

Si estos modelos pudieran ser desarrollados especificando los factores causales, permitiría también desarrollar programas de prevención e intervención mucho más efectivos.

CAPÍTULO IV

ACOMPañAMIENTO, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

4.1 Acompañamiento Terapéutico

“En un sentido coloquial acompañar es "estar con otro". En cuanto a "acompañar terapéuticamente" indica también "estar con otro/s" pero desde un marco teórico y referencial que fundamenta un accionar terapéutico, una operatoria con direccionalidad” (Vallejo, 2002, pág. 655).

El acompañamiento es un recurso humano preparado para asistir personas que se encuentran atravesando por alguna circunstancia o proceso, que afecta su salud, es decir, una crisis, una enfermedad, una discapacidad, etapa vital, etc.

El acompañamiento terapéutico permite al psicólogo ubicarse en lo cotidiano para poder actuar. De este modo se puede operar sobre lo subjetivo, lo vincular, lo comunitario y lo social. Es oportuno indicar que apunta a contener en forma empática al paciente y a su familia, otorga escucha, contención, apoyo y comprensión psicológica de los procesos por los que atraviesa el paciente, como sujeto y como miembro de un grupo.

Una de las características de este recurso terapéutico es que en todos los casos propone e incentiva la realización de actividades positivas, apuntando en todos los casos a mejorar la calidad y estilo de vida.

De lo antes mencionado se desprende que la labor del acompañante terapéutico se adapta a las características, necesidades y situación de cada paciente. Por ello se desempeña en los distintos ámbitos en donde se encuentre el sujeto de la atención, ya sea en el domicilio, o en instituciones que se encuentren amparados o protegidos.

El acompañante terapéutico es quien sostiene, con su presencia, una función asistencial específica en el área de la salud, incluido siempre dentro de un equipo que trabaja con la diada salud – enfermedad.

4.2 Tratamiento

El abuso sexual presenta diferentes formas y por tanto también el tratamiento ha de ser diferente: no es lo mismo si ha existido o no contacto físico íntimo, oral, vaginal o anal; si ha consistido en exhibicionismo o inducción al menor a realizar actividades sexuales.

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

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

El tipo de intervención dependerá de las necesidades específicas del menor y de la severidad de sus problemas deben tenerse en cuenta además, las características del niño: edad, capacidad verbal, madurez emocional, etc.

La intervención se realizara según el grado de urgencia. No es igual una intervención en el momento de la crisis que una intervención a medio o largo plazo.

El tratamiento debe ir encaminado a optimizar aquellas potencialidades que han quedado afectadas y a eliminar aquellas que favorecen el descontrol.

Distingue tres niveles de intervención: a nivel físico, emocional y comportamental.

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

Las técnicas terapéuticas varían según el grado de desarrollo del niño. El tratamiento de los trastornos psiquiátricos debe ser abordado por un psiquiatra infantil.

4.2.1 Objetivos del Tratamiento

Es menester señalar que cuando determinamos objetivos en los tratamientos, hay que tomar muy en cuenta la situación real del paciente; es decir hay que tener claro el caso,

junto a la primera evaluación o peritaje, anamnesis, conclusiones, diagnóstico y pronóstico.

Uno de los principales factores de mejoría clínica, se encuentra relacionado con el vínculo y la relación terapéutica. En este caso estamos hablando de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales.

Se centran en ayudar al menor a entender, integrar y resolver aquellas experiencias que afectan a su desarrollo, a sus pautas de interacción con el entorno y a su seguridad. Logrando cambios de las creencias disfuncionales que sostienen los síntomas, restitución sistemática, prevención de recaídas, psico-educación en aprendizaje y reaprendizaje en torno a las etapas de desarrollo, prevención de la sexualidad y de la situación traumática.

En el contexto de la psicoterapia individual, el terapeuta ejerce hacia el niño el rol de un adulto con el que se puede relacionar de manera sana y segura. De esta manera se pretende que el niño recupere la confianza básica en sí mismo y aprenda a relacionarse de manera adaptativa con otros adultos y con sus iguales.

4.2.2 Fases del Tratamiento

Fase educativa: se realiza en relación con la prevención de futuros nuevos sucesos, el proceso de tratamiento de las secuelas del abuso debe incluir, en primer lugar, “una fase educativa, en la cual el menor debe aprender, comprender y racionalizar su sexualidad como la del adulto de una forma didáctica, eficaz, objetiva y adaptada a su etapa de desarrollo” (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000, pág. 66).

Es fundamental enseñar al menor a distinguir cuando el acercamiento de un adulto posee intencionalidad sexual y estas atenciones son una muestra de cariño; así como también es importante que aprenda a identificar determinadas situaciones peligrosas asociadas a la agresión, así como a poner en práctica estrategias adecuadas para evitarlas (decir no, pedir ayuda inmediata, gritar, contarle).

Se trata de que los menores entiendan que son los abusos sexuales, quienes pueden cometerlos, y cómo actuar cuando alguien quiere violentarlos o abusarlos.

Es importante que identifiquen y entiendan que ellos no son culpables de ese tipo de actos, que eso es responsabilidad del agresor y que los menores cuentan con estrategias eficaces para evitar su nueva ocurrencia.

Que aprendan sobre sus derechos, su género, cuerpo, sexualidad e higiene, seguridad; garantizándole al menor su seguridad y proporcionándole una sensación de control; así como se elimina el sentimiento de indefensión e impotencia que pueden haber desarrollado durante la experiencia abusiva.

Fase terapéutica: se centra en que el menor pueda describir la experiencia traumática abusiva o violenta y los sentimientos derivados de esta. “Se trata de romper el secreto y el sentimiento de aislamiento. En ocasiones el recuerdo de la experiencia tiene como finalidad eliminar estrategias de afrontamiento inadecuadas que el menor utiliza ante la imposibilidad de asimilar lo sucedido” (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000, pág. 67).

En concreto los niños utilizan la disociación o la negación de la experiencia, para superar el momento doloroso. Esto no le permite procesar de forma adecuada en la conciencia. Pues la disociación hace que las emociones se separen de la cognición de lo ocurrido, cuando esto sucede el menor es incapaz de sentir malestar. Si el abuso es crónico, esto puede generalizarse a otras situaciones y puede interferir de forma negativa y progresivamente en la evolución normal del menor.

La víctima para evitar el dolor se niega a la realidad de lo sucedido, esta respuesta está generalmente influida por la reacción o el miedo al entorno, ante el descubrimiento de los hechos.

Por esta razón es importante en estos casos ayudar al menor a través de terapia a re-experimentar los sentimientos y su intensidad para que pueda discriminarlos de forma adecuada. Esto para que el menor entienda que son emociones legítimas y permitidas, normales en su situación.

Facilitando de esta forma a que el menor desmonte las creencias que lo llevaron a negar el suceso, ofreciéndole alternativas tolerables de aceptación de lo ocurrido. Para que la intervención psicológica tenga éxito es necesario recurrir a técnicas que permitan cambiar las alteraciones cognitivas, afectivas, sexuales, conductuales, sociales, estas estrategias le permitirá a los menores encontrar el equilibrio normalizando su ritmo de vida.

Utilizando como primer momento terapéutico las estrategias urgentes de afrontamiento, por estar inmerso dentro de un proceso legal, evitando la revictimización y el impacto del estrés derivado de la revelación.

A lo largo del proceso psicoterapéutico se proporcionara a las menores estrategias de afrontamiento específicos, orientados a la consecución de los objetivos planificados en función de la homeostasis de los menores.

De los diferentes modelos de tratamiento evaluados en los estudios, los más beneficiosos para mejorar en general el bienestar del menor y lograr la superación del trauma, son los basados en el modelo cognitivo-conductual, si bien éstos mejoran sus efectos cuando se combinan con terapia de apoyo y/o con alguna terapia psicó-dinámica, en especial, con terapia de juego o ludo-terapia , psicodrama, arte-terapia, musicoterapia, riso-terapia, arte-terapia, biblio-terapia, expresión grafo-plástica, entre otros tipos de terapias y técnicas.

En lo que respecta al tratamiento de menores víctimas de abuso sexual, actualmente el programa cognitivo-conductual específico de abuso sexual; es considerado como el único que ha recibido un claro apoyo empírico, por lo que debiera ser uno de los protocolos más utilizado por los profesionales. Este programa ya está manualizado y ha sido manejado en grupos, en familias e individualmente en distintos contextos (en clínicas, en agencias comunitarias y en la escuela).

No obstante, este programa, como cualquier otro, debe ser aplicado de forma individualizada, tomando en cuenta las particularidades de cada menor, en la práctica clínica atendiendo a los resultados obtenidos tras la evaluación inicial del menor.

4.3 Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitiva conductual o en sus siglas en inglés TCC, es un tipo de abordaje psicoterapéutico que tiene como misión, ayudar a los pacientes a entender los pensamientos y aceptar sus sentimientos a través de técnicas psicoterapéuticas bien estructuradas; normalmente se trabaja los pensamientos porque estos afectan de una manera muy importante a los comportamientos. Los descubrimientos en lo que se conoce como ciencias cognitivas y conductuales en general y procesamiento de la información en particular; ha permitido el desarrollo de modelos de evaluación e intervención clínica, cada vez más fructíferos y eficaces. (Camacho, 2003, pág. 8)

El enfoque cognitivo-conductual se basa en el principio de que si un comportamiento inadaptado puede ser aprendido, puede también ser desaprendido. De acuerdo a la TCC; las actitudes, los hábitos y los pensamientos negativos son respuestas aprendidas y el mejor medio de deshacerse de ellos, es aprender nuevas formas (de pensar, actuar, sentir) que son más constructivas.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual se sabe que para resolver un problema hay que modificar determinadas conductas, estas en un sentido muy amplio, ya que opera desde la conducta, los pensamientos, los sentimientos, las emociones y las respuestas fisiológicas.

Esta psicoterapia consta de tres partes: la evaluación, la intervención propiamente dicha, y el seguimiento. Un punto relevante del trabajo terapéutico es la reflexión conjunta sobre el problema; para el manejo procedente es importante el compromiso del paciente en contribuir plenamente a la definición del problema que no es más que aquello que le preocupa y le lleva a consulta. (Caro, 1997, pág. 171)

Una vez establecida la visión que el paciente tiene de su problema, bajo la guía de su terapeuta, se realiza un análisis funcional del problema, enunciándolo en términos operativos y modificables.

Se fijan así los objetivos de la terapia y comienza el tratamiento. Este consiste en el establecimiento de un programa para modificar conductas, pensamientos y sentimientos relevantes para el mantenimiento del problema. El psicólogo durante la terapia, ayudará al menor a tomar conciencia de sus pensamientos y creencias y a remplazarlos por evaluación y juicios más realistas.

El núcleo central de la TCC, es que los pensamientos son la base de nuestro comportamiento. Existen una gran cantidad de pensamientos que pueden limitar mucho nuestra vida diaria.

Los ámbitos en los cuales se utiliza la TCC son diversos trastornos psicológicos y entre ellos se encuentran los conflictos traumáticos, trastornos de personalidad, trastornos alimenticios, trastornos bipolares, trastornos psicóticos, fobias específicas, obsesiones, adicciones, estrés, depresión y ansiedad entre otros. Este tipo de terapia parece saber manejar la ansiedad, por medio de técnicas como la relajación, eliminación de pensamientos, entrenamiento en el manejo de la respiración, entre otras técnicas para reducir la ansiedad; permitiendo solucionar problemas emocionales afectivos y del estado de ánimo con excelentes resultados. (Cano & Ruiz, 2000, pág. 154)

La TCC normalmente se compone de terapias que temporalmente son bastante cortas. Lo que se pretende con la terapia es que la persona aprenda a hacer frente a problemas específicos.

En el proceso terapéutico los pacientes aprenden a identificar el estímulo que les perturba y disociarlo de los pensamientos negativos, que trae asociado ese estímulo y que suelen tener influencia negativa sobre el comportamiento.

Tomando en cuenta además el hecho de que es un modelo psicoterapéutico estructurado y de resolución de problemas, donde se integran la intervención directa del problema a nivel terciario (tratamiento), con la intervención secundaria (prevención) y la primaria (promoción), permite un abordaje completo en la intervención de los casos; por medio de procedimientos cognitivos, comportamentales y experienciales, para modificar las situaciones traumáticas a través del procesamiento de la información; enfatizando la modificación cognitiva de esquemas, procesos, producto, y las relaciones que el

pensamiento automático o controlado generan; así como las distorsiones cognitivas establecen con la conducta motora y las emociones manifiestas.

Esto por medio de las principales técnicas de la terapia cognitivo conductual como son:

- Modelado
- Desensibilización Sistemática.
- Reestructuración Cognitiva.
- Entrenamiento Asertivo.
- Reforzamiento Positivo.
- Terapia Racional Emotiva o TREC.

4.4 Tratamiento Cognitivo Conductual en el Abordaje de Abuso Sexual y Estrés.

El modelo de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma, o específico de abuso sexual, implica la aplicación de diversas técnicas terapéuticas, de entre las que se incluyen el modelado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la desensibilización sistemática, la exposición gradual, el procesamiento cognitivo y afectivo y la psi-coeducación sobre el abuso sexual, sexualidad sana y habilidades de seguridad personal.

Las **estrategias de afrontamiento** se pueden definir como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para hacer frente a demandas internas o externas. El modelo predominante a la hora de clasificar las estrategias empleadas al hacer frente a la experiencia de abuso es el de "aproximación-evitación".

Según este modelo, los pensamientos y/o acciones pueden estar dirigidos bien hacia la amenaza (afrontamiento de aproximación; por ejemplo, tratar de ver la situación desde un punto de vista diferente o la búsqueda de apoyo social) o bien a alejarse de ella (afrontamiento de evitación; es decir, estrategias como la negación, el distanciamiento, o el aislamiento social).

El tratamiento cumple diversas funciones: la reducción de los síntomas, la comprensión del significado de la experiencia vivida, la prevención de nuevos abusos y la ayuda a la familia para expresar sus sentimientos, buscar apoyo y hacer frente a los problemas planteados. Se propone un enfoque integrador en el que se tiene en cuenta tanto a los menores como a los familiares. Hay también algunas sugerencias para el tratamiento según la edad de los menores y sobre cómo establecer la secuencia temporal del programa con las víctimas.

Estos tratamientos son altamente eficaces, ya que permite a los pacientes comprender y controlar sus reacciones ante el trauma y el estrés del abuso y violencia sexual:

1.- Los tratamientos que incorporan **elementos de inoculación de estrés**, son técnicas utilizadas en terapia cognitiva y conductual como:

- psico-educación sobre el trauma
- técnicas de entrenamiento en relajación muscular
- técnicas de entrenamiento en respiración.
- autoafirmación, auto-observación, monitoreo.
- técnicas de distracción y escalamiento.
- juego de roles.
- modelamiento encubierto
- auto-diálogo guiado.
- detención de pensamiento.
- control del pensamiento.
- desensibilización sistemática.
- comunicación asertiva.
- auto-exposición gradual.
- comunicación asertiva.
- asignación de tareas.
- trabajo con imagería.
- registro de pensamientos automáticos.
- identificación de distorsiones cognitivas.
- ensayos cognitivos y conductuales.

2.- Los **tratamientos basados en la exposición** ya que rompen la asociación entre el evento traumático y la respuesta emocional condicionada, favoreciendo la extinción de esta última.

4.5 Modelos de Tratamiento en la Intervención Psicológica

4.5.1. Psicoterapia de apoyo en abuso y violencia sexual

- **Intervención en Crisis (Primeros Auxilios Psicológicos):** Es la ayuda proporcionada a las personas y familias para manejar sus emociones en situaciones de crisis, facilitando a que puedan encontrar recursos y opciones e iniciar el proceso de solución de problemas y toma de decisiones, todo ello en un período breve de tiempo.

Se maneja a través de una primera entrevista y sesiones subsecuentes que pueden durar de 2 a 10 sesiones, en las cuales se trabaja principalmente con sus pensamientos, sus emociones, sus conductas, sus sensaciones físicas, relaciones interpersonales, su salud y nutrición, además de otras técnicas alternativas para lograr su restablecimiento pre crisis y con esto puedan continuar con su vida o iniciar un proceso terapéutico más amplio si así lo desean. Así como lograr enlazarlos a otros servicios de asistencia dependiendo del caso.

- **Terapia Breve de Urgencia:** Es aquella ayuda psicológica proporcionada a una persona en estado de crisis para que en ese momento logre restablecerse a través de diferentes técnicas de urgencia (respiración, masaje, relajación, entre otras), y que era necesaria solo en un momento determinado de su vida, y que con recomendaciones básicas puede continuar con su vida.

En la Psicoterapia breve el terapeuta no tiene tiempo para esperar a que se desarrolle el insight, tiene que crearlo; no tiene tiempo para esperar la elaboración, tiene que estimularlas. Y cuando estos aspectos básicos del proceso terapéutico no se presenta, tiene que inventar alternativas. (Bellak, 2005, pág. 9)

- **Psicoterapia breve (centrada en soluciones).** La terapia breve centrada en soluciones se basa en el principio de que visualizar o imaginar una alternativa viable es lo que es necesario para iniciar el proceso natural del cambio. La terapia centrada en soluciones, se enfoca en lo que el cliente desea alcanzar y no en lo que quiere dejar atrás. La terapia centrada en soluciones comienza preguntando al cliente cuáles son sus mejores expectativas de la terapia, en lugar de preguntar acerca del problema.

Muchas personas permanecen estancadas en los problemas porque no pueden visualizar o imaginar lo que los remplazaría. Dentro de las diversas intervenciones terapéuticas se trabaja con ellos en psicoterapia de grupo, de familia y terapia individual.

- **Terapia Individual (niños, adolescentes y adultos):** Son procedimientos terapéuticos para apoyar a las personas que presentan situaciones de conflicto, pero que dadas las características y la situación es preferible que lleven terapia individual, como pueden ser, problemas de aprendizaje, desarrollo de habilidades sociales, manejo de las emociones, manejo de ansiedad, desarrollo de habilidades asertivas, entre otras.
- **Terapia de Grupo:** Es aquella terapia que se proporciona a un grupo de personas interesadas en participar y con un propósito grupal, crecer a partir de compartir sus experiencias con los demás miembros del grupo.

Se realiza una o dos veces por semana dependiendo de las situaciones y se busca que tengan características en común, como puede ser la problemática que presentan, la edad, el sexo, y/o la escolaridad.

- **Terapia Familiar:** Es aquella que se proporciona para todos o varios miembros de una familia que presentan conflictos a lo interno de ésta y que es necesario que asistan todos (o los más posibles), se lleva a cabo con sesiones individuales y con sesiones familiares completas, ya que la mayoría de las problemáticas de un

miembro de la familia, tiene que ver con todo el sistema o toda la familia se ve afectada por la situación conflictiva.

- **Psicoterapia en Violencia Sexual y Violencia Intrafamiliar:** Es aquella terapia proporcionada a personas en situaciones de Violencia Sexual como violación, hostigamiento sexual, incesto, abuso sexual, violencia intrafamiliar, entre otras, dando asesoría legal y proporcionando apoyo Psicológico para las personas implicadas.
- **Psicoterapia para Estrés Postraumático:** Es la terapia proporcionada a las personas que vivieron incidentes críticos, situaciones peligrosas y difíciles y que aun presentan un estrés postraumático, el cual consiste en un conjunto de síntomas, tales como imágenes e ideas reiteradas, pesadillas, reacciones de pánico, inhibiciones, insomnio, ansiedad, angustia y otros síntomas diversos y aun ya no estando el evento presente, continúan los síntomas y malestar general, se trabaja a nivel individual y/o grupal.
- **Terapia de Contención:** Es un proceso terapéutico que se utiliza para restablecer los vínculos dentro de los miembros de un sistema familiar, es la terapia denominada “Abrazo sostenido que lleva al amor”, ya que después de la preparación a los padres y/o a las personas que harán su contención, se realiza una sesión en la cual a través de un abrazo sostenido, se permiten fluir todas las emociones que están generando una polaridad (enojo, tristeza, miedo, entre otras) e impidiendo que ese vínculo fluya de manera amorosa y natural, por lo que después de este abrazo sostenido (dirigido por el facilitador), las personas llegan a un encuentro; restableciendo así su relación y su crecimiento.

Se utiliza para restaurar el vínculo emocional que fue roto desde el embarazo o en los primeros años de vida de un niño(a); entre madre-hijo(a), o padre-hijo(a) para solucionar conflictos acumulados durante la relación, hijos pequeños y/o adultos; entre los integrantes de una pareja y para la reconciliación de adultos con

sus padres que no pueden estar presentes (utilizando un representante y una visualización).

Se trabaja también con Renacimientos para restablecer el vínculo por embarazos con estrés, angustia o de alto riesgo, partos difíciles, prolongados o separaciones muy tempranas. Fue creado en Alemania por Jirina Prekop.

- **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing):** Se utiliza este modelo de intervención, avalado internacionalmente para manejo de Trauma Psicológico y Estrés Postraumático a nivel individual y grupal, para niños, adolescentes y/o adultos.

A través de la estimulación bilateral se logra reprocesar y desensibilizar los recuerdos traumáticos que almacenados disfuncionalmente en el cerebro continúan afectando biopsicosocialmente a las personas, alterando su bienestar físico y emocional. Es una intervención breve comparada con las formas tradicionales de intervención psicológica.

Comprobado científicamente y reconocido como uno de los dos modelos de intervención más efectivos en el trabajo con Trauma Psicológico a corto, mediano y largo plazo.

- **Terapia del Campo Mental o Técnica de Liberación Emocional:** Es un tratamiento para los trastornos psicológicos que a través de la estimulación en lugares específicos del cuerpo (tapping), elimina las perturbaciones en el campo mental, que es la causa fundamental de todas las emociones negativas.
- El procedimiento es aplicado para varias alteraciones emocionales como enojo, celos, rabia, ansiedad, angustia, tristeza, miedo, culpa, vergüenza, entre otras. Es una intervención breve donde las personas la pueden utilizar posteriormente de forma auto administrado, se aplica en niños, adolescentes y adultos.

- **Psicoterapia Corporal:** Es aquella terapia proporcionada a las personas que buscan solucionar situaciones traumáticas, bajar niveles de ansiedad, crecer a partir del manejo de su cuerpo, emociones, pensamientos, y sus relaciones con los demás y que requieren entrar en un estado de conciencia de sí mismos primero (darse cuenta de la relación con su cuerpo y su integridad), para después poder revisar sus relaciones con los demás. Se realiza a través de diferentes técnicas y procedimientos, así como haciendo uso de terapias alternativas.
- **Constelaciones Familiares:** Son una forma grupal y vivencial de trabajar nuestras heridas viejas, los obstáculos para nuestro crecimiento, los vínculos lastimados en nuestra familia de origen, así como de aquellas tendencias inconscientes hacia el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Se exploran las lealtades invisibles que nos detienen a florecer, así como aquellos patrones familiares que nos impiden tener relaciones satisfactorias familiares, de pareja, sociales o laborales. Se fundamenta en el origen del amor y los movimientos del alma que nos mantienen en alguna situación conflictiva en el presente.

A través del trabajo de grupo, surgen imágenes internas que permiten la sanación desde lo más profundo de nuestro amor y nuestro dolor. Se trabaja un taller una vez por mes, participando como observador, como representante o haciendo su propia constelación familiar.

- **Psicoterapia de Juego:** La terapia de juego permite a los niños y adolescentes (inclusive a los adultos), encontrar y desarrollar recursos internos por medio de cuentos, títeres, dibujos, juegos de mesa, plastilina, cubos de plástico, areneros, juegos tradicionales, muñecos de plástico o de peluche, entre otros, para resolver conflictos académicos, conductuales y/o emocionales.
- **Programación Neurolingüística (PNL):** Se utilizan los principios y modelos básicos de la programación neurolingüística; para la comunicación interna, externa y reconexión con recursos propios. Los componentes y estrategias de la PNL favorecen a las personas para lograr sus metas, alcanzar sus objetivos,

mejorar sus relaciones interpersonales y crecer en lo laboral, personal, social y familiar.

- **Musicoterapia:** La musicoterapia es el uso de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un músico-terapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

La musicoterapia tiene como fin desarrollar potenciales o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento.

- **Biblioterapia:** Es una forma de terapia en la que se selecciona material escrito para que el paciente lea con el fin de tratar sus problemas emocionales y de comportamiento. Se caracteriza por utilizar un formato y modo de aplicación especial y no tanto por la pertenencia a una escuela determinada. La biblioterapia puede orientarse desde cualquier enfoque psicoterapéutico. Se considera que la lectura de los textos da lugar a un proceso de autoayuda a través de la reflexión del propio paciente.
- **Arte-terapia:** Es un tipo de Terapia artística que consiste en la utilización del arte como vía terapéutica. Se emplea para sanar trastornos psicológicos, abuso y violencia sexual, tratar miedos, bloqueos personales, traumas del pasado; también es utilizada en el tratamiento de enfermedades como el estrés, la ansiedad, la fibromialgia o los trastornos alimenticios, etc. Muchos terapeutas utilizan la terapia artística para abarcar áreas en las que una terapia verbal no alcanza. Cada vez se emplea más en el trabajo con niños, residencias de

ancianos, colectivos con problemas de integración, con deficiencias psíquicas, o con enfermos psiquiátricos, etc.

La arte-terapia se lleva a cabo a través de diferentes manifestaciones artísticas: pintura, teatro, modelado, collage, danza, escritura, música, etc. Expresamos lo que guardamos en nuestro interior. Nuestros conflictos, miedos, angustias, necesidades, frustraciones, anhelos, sueños; afloran cuando nos dejamos llevar por la obra que estemos representando.

Pero, aparte de los fines meramente terapéuticos, la arte terapia es una técnica de **desarrollo personal**, de autoconocimiento y de expresión emocional. Por tanto no es necesario poseer ningún trastorno psicológico, sino simplemente sentir la necesidad de explorarnos a través del arte. Si bien inicialmente comenzó a usarse la arte-terapia con fines meramente terapéuticos, actualmente ha ampliado su ámbito de actuación.

- **Psico-educación:** La terapia cognitiva utiliza frecuentemente la psico-educación que consiste en darle al paciente información y explicación clara sobre sus problemas y padecimientos.

Esto resulta muy importante y útil en muchas ocasiones, puesto que el paciente al entender lo que le sucede y notar que el terapeuta también logra comprenderlo en su padecer, se da frecuentemente un aumento en la motivación que logra incrementar lo que llamamos adherencia; cumpliendo ciertas tareas que le ayudaran a entender su situación, así como también permite estar abierto a las sugerencias o indicaciones terapéuticas.

La psico-educación con respecto al trastorno o enfermedad es una obligación ética, pues le permite entender al paciente o familia su situación, generándose por esta técnica la prevención a daños mayores en el futuro.

- **Riso-terapia:** Es una manera sencilla de **mejorar nuestra salud**, a través de emociones placenteras. La riso-terapia a una estrategia o técnica tendiente a

producir beneficios mentales y emocionales por medio de la risa. Logra sinergias positivas con las curas practicadas.

La riso-terapia se practica desde hace mucho tiempo como técnica complementaria no solo en terapias mentales, sino también en la curación de enfermedades corporales. Ayuda a desdramatizar las situaciones de la vida, desarrollando el espíritu competitivo y optimista. Por eso las personas que realizan riso-terapia aprenden a tener una mejor visión de sí mismos, de su entorno y de sus posibilidades.

Los talleres de risa son participativos. Mediante procedimientos de cohesión grupal, juegos, música y baile se trata de sacar la risa de tu niño interior, convertirnos en niños por un rato y dejar aflorar la risa más genuina, dando como resultado una mejor calidad de vida.

- **Expresión grafo-plástica:** son técnicas de auto-expresión, tomando en cuenta que la expresión y el arte es algo intrínseco en el ser humano. Es un lenguaje en el que interviene lo estético, lo emotivo y lo cognitivo. A través de las actividades gráfico plásticas el niño se hace símbolo de sí mismo: expresando lo que es, lo que vive y lo que siente, las actividades gráfico plásticas desarrollan la sensibilidad, pues se estimula la percepción sensorial: discrimina formas, colores, volúmenes, etc.

Se desarrolla la capacidad creativa del niño, ya que es un medio de autoexpresión. Al tener un matiz emocional, el niño desarrolla su autoestima, pues confía en sus propios recursos y en hacerse entender ante los demás. Es una forma de expresión de lo que se siente, de lo que se vive y de lo que se sabe a través de productos tangibles, creatividad plasmada en gráficos; por lo que posee un valor desde lo conceptual, procedimental, actitudinal.

Desde lo conceptual, permite expresar una idea, un concepto, recuerdos, desde lo procedimental, ya que es un recurso didáctico para comprender los contenidos de

otras áreas, y desde lo actitudinal porque propicia percepciones, comprensión de lo que se experimenta, propicia el descubrimiento, a través de estímulos emocionales, visuales, táctiles de experimentación, etc.

Por medio de la utilización de materiales de fácil manejo y de uso diario como dentrífico, harina, sal, arena, frutas, tapas, cordones, papel, cartulinas, pintura, revistas, periódicos.

Las técnicas que se utiliza en grafo-plástica son diversas como: garabateo, rasgado, pegado, dactilopintura, collage, marionetas, títeres, modelado, arrugado, completar, asociaciones, simetría, soplado, escurrido, decoloración, granulado, ensartados, papinflexia, trenzados, mosaico, móvil, vitral, texturizado, simetría, origami, grabado, estampado, comiquitas, papiroflexia, plegable, portafolio, filminas, transparencias, método lesmes, modelado con plastilina, fantasías con diversos materiales, manchas con imaginación, etc.

4.6 Prevención

Son medidas destinadas a anticipar la aparición de la enfermedad, reduciendo los factores de riesgo, deteniendo su avance y atenuando sus consecuencias una vez establecida. Es un medio que permite procesar una acción en función de una causa en favor de un bien específico. (OMS, 1998).

4.6.1 Prevención del Abuso Sexual Infantojuvenil

“La Prevención implica toda acción que impide la aparición del problema y la disminución de consecuencias negativas. Prevenir supone reducir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección”. (Canton & Cortes, Malos tratos y abuso sexual infantil, 2002, pág. 363)

La prevención puede desarrollarse en diferentes niveles, los mismos que están determinados por dos ejes fundamentales: el primero es a quien va dirigida la acción preventiva, y el segundo es en qué momento se actúa en relación al problema.

Es trabajar para cortar el círculo de la violencia y el abuso, reconociendo que existe y que se produce en todos los niveles y clases sociales, estableciendo las siguientes vías: educación en la familia y la escuela y compromiso de la comunidad.

Los niveles preventivos son: primaria, secundaria, terciaria, primordial y promoción.

Los objetivos principales de los programas de prevención del abuso se orientan a la evitación del abuso y a la detección temprana del abuso (estimulación de la revelación).

En la elaboración de estos programas se deben considerar los problemas que pueden surgir en su aplicación vinculados a la edad de los niños, la provocación de un miedo innecesario, la posible inhibición de las expresiones afectivas, y la intromisión en las funciones de los padres. El marco conceptual utilizado preferentemente es el fortalecimiento:

- En el grado de conocimiento que posee sobre el abuso sexual
- En el sentido de control de propiedad de sí mismos
- En la información sobre los recursos de apoyo y protección disponibles.

En cuanto los contenidos de los programas se prioriza incluir temas sobre:

- La naturaleza del abuso sexual
- Propiedad sobre su cuerpo, sistemas de apoyo y culpabilidad.
- Habilidades de afrontamiento.
 - Entrenamiento en habilidades de seguridad personal.
 - Entrenamiento en asertividad y autoestima.
 - Entrenamiento en autoexpresión y afrontamiento.
 - Educación sobre derechos individuales.

Para una intervención preventiva eficaz es necesario considerar los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de aparición del abuso y los factores de protección que contribuyen a disminuir o controlar los factores de riesgo reduciéndose la posibilidad del abuso sexual. En el diseño de la propuesta de intervención se deberá tener en cuenta la interrelación de estos dos grupos de factores.

Tomando en cuenta los parámetros mencionados y en la búsqueda de la salud mental de los menores afectados por la crueldad del abuso y la violencia sexual, y en la necesidad constante de aportar y resarcir la infancia y adolescencia mancillada de muchos niños, niñas y adolescentes del país; se motiva la creación del manual de acompañamiento psicológico para las víctimas que se encuentran amparadas por la Unidad de Protección a Víctimas y Testigos de la Fiscalía General del Ecuador.

Siendo una necesidad imperiosa para realizar la labor psicoterapéutica, el aporte de métodos y material didáctico apropiado, técnico y especializado; para que los equipo de profesionales y pasantes de las diferentes universidades puedan intervenir y abordar los casos de acuerdo a las necesidades individuales de las víctimas; realizando un dinámico abordaje y acompañamiento en el proceso de tratamiento, prevención y seguimiento de los casos de abuso y violencia sexual de menores que asisten como usuarios a la institución de justicia estatal.

La creación del manual es plantear y poner a prueba, un modelo de trabajo psicoterapéutico de amplia dimensión, el cual se realiza, a través de la utilización simultánea y combinada de distintos métodos, técnicas y estrategias terapéuticas prácticas, que permitan disminuir los síntomas en un tiempo breve de terapia, y a un menor costo emocional, pues cada técnica cumple distintas funciones que representan los diferentes aspectos del proceso global contribuyendo así a los objetos generales de la intervención.

Para lo cual se ha optado y se tomara los criterios básicos de la línea teórica cognitivo-conductual; la misma que de todas las aproximaciones psicoterapéuticas, que se ha investigado científicamente para tratar a menores víctimas de abuso y violencia sexual, ha generado los mejores resultados, clínicamente relevantes y beneficiosos para mejorar

y lograr la superación del trauma y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes del país.

El manual cuenta con dos ejes fundamentales de trabajo en la intervención psicoterapéutica:

Un eje es clínico o terapéutico y otro educativo preventivo; ejes que permitirán abordar la atención, contención, tratamiento, seguimiento y prevención de los casos.

Lo cual dará respuestas a la situación e interés de los menores, dentro de una visión integral, natural y positiva; todo ello a través de un proceso preventivo, dinámico y curativo, lo más vivencial posible.

Para el manejo conveniente el manual está estructurado con material didáctico apto y de fácil manejo y comprensión para los menores.

Está diseñado para trabajar con niños de 3 a 7 años, 7 a 11 años y de once a 18 años; además que cuenta con metodología que permite trabajar de forma individual y grupal; con temas que consentirán elaborar la situación traumática de los y las menores víctimas de abuso y violencia sexual, cumpliendo de esta manera con los objetivos psicoterapéuticos planteados.

En sentido amplio este manual se puede entender como la suma de diversos documentos complementarios entre sí, que contienen material psicopedagógico para el desarrollo de un programa de prevención del abuso sexual.

Las directrices temáticas en las que se basa el manual y se trabajara con los niños y niñas y adolescentes de acuerdo a su cognición y necesidades terapéuticas son:

1.- Reconocimiento del hecho: Reconocer a nivel cognitivo y emocional que el episodio de abuso sucedió y que esto tiene consecuencias tanto para la víctima como para la familia.

2.- Tramitar la situación traumática: Busca superar el trauma y evitar recaídas posteriores a través del desahogo emocional del menor, con el objeto de romper el secreto y el correspondiente sentimiento de aislamiento, que en ocasiones puede llevar a

que el niño cree sus propios y errados mecanismos de defensa; la reevaluación cognitiva, con el objeto de evitar la disociación o la negación de la experiencia, de forma que el niño reconozca que sus sentimientos son legítimos y normales tras una experiencia como la que ha vivido.

3.- Educación afectivo sexual: Aprender su sexualidad en su aspecto más fisiológico a través de una visión integral y positiva del cuerpo; permitirá evitar disfunciones sexuales. Así como recuperar las características propias de una sexualidad saludable.

4.- Habilidades de comunicación: Evaluar las necesidades y potencializarlas a través del psicodrama, modelado, el role playing, arte-terapia, ludo-terapia y asertividad esto para aprender a decir no.

5.- Resolución de problemas y prevención: La experiencia del abuso eleva su nivel de ansiedad y bloquea en muchos casos la habilidad de solución de problemas y de toma de decisiones. Darle herramientas e información para que el menor no vuelva a ser víctima de abuso y violencia.

Básicamente en el programa de tratamiento para trabajar con los menores se realizaran talleres los mismos que están estructurados bajo la premisa de 6 a 8 centros de interés psico-educativos y preventivo, dentro de estas directrices y en la búsqueda constante del equilibrio de los menores.

CONCLUSIONES

Para concluir necesariamente hay que mencionar que el Abuso Sexual es uno de los problemas sociales que enfrenta el mundo; y que cada día esta problemática afecta a la inocencia de nuestros menores; aprovechándose de la vulnerabilidad y desconocimiento de temas entorno a sus derechos, sexualidad y seguridad.

Por su condición de dependencia e ingenuidad, propia de las etapas del desarrollo de los menores, son a menudo víctimas de situaciones abusivas y violentas; realidades que lamentablemente les marcan la vida, descerrajando sus derechos y su infancia, impidiéndoles que se desarrollen de forma integral; por lo que requieren de una actuación interdisciplinaria a través de un proceso psicoterapéutico que actúe en todas las áreas brindándoles mayor seguridad, protección y autoprotección.

El manual planteado ha considerado actuar en los tres niveles de intervención de forma urgente y expedita, enfocándose en el tratamiento, psico-educación y prevención, permitiéndoles a los menores, empoderarse de conocimientos acerca de su cuerpo, educación sexual, y el reconocimiento e identificación del abuso y la violencia sexual, con el fin de que puedan protegerse y evitar futuras agresiones sexuales; así como también a romper con el silencio y denunciar estos sucesos monstruosos, evitando que sea un caso más de injusticia y termine como la mayoría de ellos en el MUTISMO y EL SECRETO FAMILIAR.

La prevención a través de la psico-educación, por medio de la utilización de material didáctico adecuado para estas edades y de fácil reproducibilidad para ser presentado, constituye un medio efectivo para disminuir el ASI. Para ello es necesario enseñar e instruir al grupo expuesto, así como a su entorno más cercano; el mismo que será favorecedor si extendemos la información, a la población donde es posible ejercer la educación para prevenir futuros casos de abuso y violencia en el ámbito de lo sexual.

La educación a la población en general y específicamente a los individuos en riesgo sobre este fenómeno, crea un diagnóstico oportuno de factores de riesgo permitiendo contribuir a su control o erradicación por medio de formas prácticas que nos ayuda a

minimizar la incidencia de tan desagradables acontecimientos, garantizándole a la niñez y la juventud una vida feliz.

Al enseñar a los menores estrategias adecuadas para superar el malestar emocional, asentimos a que relate los abusos y lo que es más importante, a que identifique y exprese los sentimientos y pensamientos experimentados producto de la situación abusiva, generando desahogo emocional, lo cual permite romper con el secreto y el sentimiento de aislamiento que acompaña el momento.

Su amplio soporte empírico permite manejar el proceso psicoterapéutico, estimulando de forma bilateral el tratamiento; permitiendo reprocesar y desensibilizar los recuerdos traumáticos que almacenados disfuncionalmente han afectado biopsicosocialmente a los menores.

Las técnicas expuestas en el manual, están diseñadas desde la perspectiva cognitivo conductual, que se centra en las necesidades individuales de forma asertiva; permitiendo modificar las cogniciones y conductas creadas de forma errónea por el evento traumático.

Las técnicas aplicadas como la expresión grafo-plástica, la lúdica, la arte-terapia, el psicodrama, la musicoterapia, la psico-educación, entre las otras técnicas expuestas; les brindaran a los menores actividades de procesamiento terapéutico e información puntual sobre cómo identificar y entender su situación actual, empoderándose con cada una de las actividades de su realidad. Puesto que estas vías terapéuticas les permiten identificar y encontrar recursos internos personales, generándose una integración intra e interpersonal que asiente tramitar su situación conflictiva y dolorosa y a la vez impedir futuras situaciones abusivas y violentas.

Sin duda que en el manual han quedado infinitas aristas por abordar, sin embargo estoy convencida que la tarea de complementar este trabajo, así como de perfeccionarlo, es un trabajo de todos y todas las personas, en un marco de respeto promoción, y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de nuestro querido Ecuador.

LISTA DE REFERENCIAS

- Amnistia Internacional. (2009). *Convencion sobre los derechos de los niños y adolescentes*. Catalunya.
- Bellak, S. (2005). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax.
- Biblia. (s.f.). *Provervios, 31 8-9*.
- Camacho, M. J. (2003). *El ABC de la terapia cognitivo conductual*. Promolibro.
- Cano, S. J., & Ruiz, S. J. (2000). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Ayllu S.A.
- Canton, D. J., & Cortes, A. M. (2002). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. España: Siglo XXI.
- Canton, D. J., & Cortés, M. R. (2003). *Guia para la evaluaciondel abuso sexual infantil* (Segunda ed.). Granada: Piramide.
- Caro, G. I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona, España: Paidos.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia:Victimas y agresores, Un enfoque clinico*. Barcelona - España: Ariel,S.A.
- Encarta. (2010). *Enciclopedia virtual*.
- Gilberti, E. (2005). *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes, Perspectivapsicologica y social*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Interbi, I. (2009). *Abuso sexual infantil, En las mejores familias*. Barcelona - España: Carnica S.A.

- Lammoglia, E. (2009). *Abuso sexual en la infancia*. Distrito Federal, México: Grijalbo.
- Malacre, M. (s.f.). *Trauma y reparacion - El tratamiento del abuso sexual en la infancia*. España: Paidós.
- Mendieta, S. P., Rojas, J. S., & San Martín, E. M. (2007). *Causas y efectos de la explotación sexual infantil en las víctimas y sociedad y la aplicación de la penalidad en la ciudad de Machala periodo 2006*. Machala, Ecuador: Universidad de Machala.
- Minsal. (2011). *Guía clínica*. Opal.
- Moffatt, A. (s.f.). *Terapia de de crisis - Teoría temporal del psiquismo*. Buenos Aires: Busqueda.
- Naciones Unidas. (s.f.). *Niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos de trata de personas explotación sexual, laboral - Manual de procedimiento penal y procedimiento integral*. Colombia.
- Parmelle, D. (1998). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Barcelona - España: Harcourt Brace.
- Pereda, N. (2010). El espectro del abuso sexual infantil: Definición y tipología, *Revista psicopatología y salud mental del niño y el adolescente*. *Psiconoticias*.
- Roa, A. (s.f.). *Manual para la intervención en casos de abuso sexual de niños niñas y adolescentes*. Asunción, Paraguay: Reifa.
- Save the Children. (2001). *Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales*. Europa.
- Shaffer, D. (s.f.). *Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia* (Quinta ed.). México: Internacional Thomson.

- Toro, R., & Yepes, L. (s.f.). *Fundamentos de medicina - Psiquiatria* (Cuarta ed.). Medellin - Colombia: CIB.
- UNFPA. (2008). *Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el sector salud*. Bogota.
- Vallejo, N. J. (2002). *Guia practica de psicologia - Como afrontar los problemas de nuestro tiempo*. España: Temas de hoy.
- Vasquez, M. B. (2002). *Agresión Sexual, Evaluacion y tratamiento en menores* (Primera ed.). Madrid, España: Siglo XXI.
- Vasquez, M. B. (s.f.). *Agresion sexual, Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid, España: Siglo XII.
- Yábar, N. F. (2008). *Los delincuentes sexuales y el abuso infantil*. Guayaquil, Ecuador.