

Introducción

El tema del abuso sexual infantil ha pasado por diversas etapas en la historia de la cultura, psiquiatría, psicología, religión y educación. En distintos momentos y por diferentes autoridades, ha sido negado, criticado, justificado minimizado y manipulado.

Las primeras investigaciones acerca de la prevalencia y efectos del abuso sexual infantil, a pesar de su importancia como pioneras en este campo, presentaban problemas metodológicos, se basaban en poblaciones no representativas y no contaban con confirmación empírica. Algunas de las mencionadas investigaciones emplearon muestras clínicas, a saber: Herman (1981), Jehu, Gazan y Klassen (1984-1985), Meiselman (1978), Tsai y Wagner (1978).

Es sólo en los últimos 20 años que el tema del abuso sexual infantil, a través de estudios metodológicamente rigurosos, ha captado la atención de la comunidad profesional. Estas investigaciones han ayudado a definir el abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar, así como sus efectos a corto, mediano y largo plazo. Algunas de las investigaciones que muestran rigor metodológico tanto en su selección de muestra como en los instrumentos empleados son: Russell (1984, 1986), Finkelhor (1984), Wyatt (1985), Wyatt y Peters (1986^a), Peters y colaboradores (1986), Browne y Finkelhor (1986).

Como resultado de ello han surgido en respuesta a la demanda de la población infantil victimizada, los tratados internacionales celebrados en Estocolmo, Suecia, en 1996 y Yokohama, Japón, 2001 para validar los derechos de los niños y protegerlos de toda explotación y abuso sexual con la adopción de medidas multifacéticas e interdisciplinarias que incluyen decisiones, leyes, programas, mecanismos, recursos y promoción de los derechos del niño para asegurarse que los niños puedan crecer en un ambiente de seguridad y de dignidad; tomando en cuenta a todos los actores sociales que se relacionan e interactúan alrededor del abuso sexual infantil.

Sin embargo, existen víctimas que todavía no reciben el apoyo psicológico necesario; estas víctimas son adolescentes y adultos que fueron abusados sexualmente cuando eran niños y se pueden encontrar en todos los estratos sociales, económicos y culturales. Muchos de ellos presentan

problemáticas típicas de la víctima de abuso sexual infantil, y poseen distintos grados de disfuncionalidad (Finkelhor, 1986).

Por lo tanto la función del psicólogo juega un papel sumamente importante. Siendo para la psicología el objetivo primordial el factor humano en su comportamiento funcional, le corresponde a la psicología clínica un lugar importante dentro de las ciencias sociales que se insertan en el sujeto. En la actualidad la psicología clínica no solo se ocupa del tratamiento de las alteraciones psicológicas, sino también ha ampliado su inclusión a la prevención como reto práctico.

Esta evidencia, ha despertado el interés de este estudio por conocer de manera objetiva el índice de ocurrencia, las características de los protagonistas, una variedad de información en torno al evento, y proporcionar una aproximación empírica que permita hacer estimaciones más generales, que sirva de apoyo para la implementación de estrategias posteriores en nuestra comunidad, y abrir nuevas vías de investigación para conocer las consecuencias psicológicas a corto y a largo plazo que experimentan los sujetos que han vivido este tipo de evento.

Uno de los lugares donde se puede encontrar una muestra representativa de todos los estratos socioculturales es el contexto universitario, a edades en las que la problemática afecta el desempeño académico, así como las relaciones interpersonales y el concepto del yo.

Para las personas que tienen una historia de abuso sexual durante la infancia, las áreas de desarrollo y demandas de la vida académica, tales como la capacidad de aprender, de memorizar, de estudio, de investigación y de concentración, pueden verse obstaculizadas por los efectos del abuso. Dificultades con el sentido del yo, así como sentimientos de vergüenza, aislamiento, depresión y ansiedad, pueden afectar el desarrollo académico, social/relacional y personal (Axelroth, 1991; citado por Judy Chew, Ph.D., 1998).

El estudio presente tiene dos objetivos principales: encontrar, por medio de encuesta, la prevalencia de abuso sexual durante la infancia o adolescencia de estudiantes universitarias y, a partir de los datos, la estructuración e implementación de un taller psico-educativo, como punto de partida en

acciones preventivas que aporte información necesaria e indispensable para sensibilizar a la población, en los aspectos y conceptos del abuso sexual en la infancia o adolescencia, pretendiendo romper patrones de conducta establecidos por generaciones, que han dado paso a un ciclo de violencia y revictimización por largo tiempo y que ofrezca el apoyo necesario para el mejor desarrollo académico/social/relacional y personal de las víctimas.

La investigación tendrá un impacto significativo en los siguientes ámbitos:

En el ámbito académico, los resultados de la investigación arrojarán información de una muestra universitaria de la que en la actualidad se carece. Dado que, históricamente, la mención de la prevalencia de abuso sexual infantil es reciente en nuestro país, la mayor parte de los esfuerzos terapéuticos se han concentrado en la población infantil y ha quedado fuera una cantidad considerable de personas adultas que presentan los efectos del abuso en sus actividades, entre ellas el desempeño académico.

En el ámbito clínico, tanto la revisión bibliográfica como los resultados de las encuestas permitirán a los profesionales de la salud mental incorporarlos en el diseño tanto de material como de técnicas específicas para tratar con esta población.

En el ámbito social, brindará información valiosa para las agencias dedicadas a tratar con las víctimas de violencia sexual, lo cual necesariamente debe incluir a adultos que en su momento fueron niños abusados sexualmente.

1. Antecedentes

A pesar de la liberación sexual paulatina del último siglo, aún continúa siendo extremadamente difícil para la población general discutir abiertamente al respecto. La mayoría de las personas que han tenido experiencias sexuales forzadas en su infancia o adolescencia, probablemente las han mantenido como un secreto (aún a sus más cercanos confidentes), viviéndose así muchas vidas donde la vergüenza y la culpabilidad son un gran peso. Tal reticencia ha impedido la documentación del problema (Finkelhor, 1980).

Existen factores detrás del hecho de que la victimización sexual haya tomado tanto tiempo en surgir como un asunto de interés público. La historia intelectual del problema también ha jugado su papel. Es importante considerar los efectos de la atención ambivalente que los científicos le dieron al tema, quienes estaban en la posición de darle la relevancia requerida, pero que no lo hicieron (Finkelhor, 1980).

El retraso evidente en materia de investigación acerca de los efectos a corto, mediano y largo plazo del abuso sexual infantil ha disminuido gradualmente en los últimos años, desplazando lentamente las posturas que negaban o minimizaban su ocurrencia, y dando paso a los planteamientos que surgen de las evidencias empíricas.

A raíz de ello, y dado el interés renovado por este tema, diversos investigadores han publicado sus estudios.

Uno de los pioneros en América que investigó el abuso sexual infantil fue Alfred Kinsey y sus colegas. Aunque las muestras estudiadas no eran representativas, el número real de los casos de incesto que él divulgó en su estudio es difícil de reconstruir, puesto que sus datos los reporta en los porcentajes a 107% en vez de 100% (Russell, 1986, p.63). Sus datos muestran que del 2 al 3% de las mujeres fueron abusadas sexualmente antes de los catorce años en su estudio clásico; asimismo, la totalidad de los perpetradores de incesto reportados por él son hombres.

Finkelhor comparte con el estudio de Kinsey la ventaja de estar basado en una población no clínica. Con una muestra de 530 estudiantes mujeres de

Ciencias Sociales, inscritas en universidades de Nueva Inglaterra en 1978, aproximadamente 10% había sido victimizada sexualmente por un pariente.

Se han realizado otros estudios con muestras de estudiantes universitarios, los cuales encontraron indicadores de deterioro de salud mental en las víctimas adultas de abuso sexual infantil (Briere y Runtz, 1985; Finkelhor, 1984).

Finkelhor (1984), en otro de sus estudios seleccionó una muestra al azar de 521 padres en Boston; el 15% de las mujeres entrevistadas, dijeron haber sido abusadas sexualmente antes de los dieciséis años, de las cuales el 5% reportó haber sufrido incesto.

Tanto la incidencia como la prevalencia del abuso sexual infantil dentro de la familia y fuera de ella, son desconocidas. Winberg, en su estudio clásico publicado originalmente en 1955, estimó que había un caso de incesto por cada millón de personas en 1930 en Estados Unidos (Winberg, 1976). Ferracuti estimó en 1972 que entre uno y cinco casos de incesto por cada millón de personas ocurre cada año en todo el mundo (Ferracuti, 1972). Se han hecho muchas otras estimaciones, pero ninguna de ellas basada en muestras representativas. Meiselman intentó enumerar todos los estudios sobre incesto con muestras mayores a 5 publicadas en Estados Unidos (Meiselman, 1978); la naturaleza selecta y no representativa de las muestras empleadas en los 36 estudios enumerados es muy clara. Los estudios de abuso extrafamiliar son igualmente no representativos.

La mayor parte de otras estimaciones se han enfocado en la prevalencia del incesto y/u otros tipos de abuso sexual infantil más que en la incidencia. Herman presenta datos de cinco encuestas que se han llevado a cabo sobre la prevalencia del abuso sexual de niñas desde 1940. Señala que, en conjunto, estos estudios han registrado información de más de 5,000 mujeres de muchas regiones de Estados Unidos, primordialmente de los estratos más privilegiados (Herman, 1981). De acuerdo a Herman:

“Los resultados de estas cinco encuestas fueron notablemente consistentes. Entre una quinta y una tercera parte de todas las mujeres reportaron que habían tenido algún tipo de encuentro sexual en la infancia con un adulto hombre. Entre el 4 y el 12% de todas las mujeres reportó una

experiencia sexual con un familiar, y una mujer de cada 100 reportó una experiencia sexual con su padre o padrastro” (p.12).

Gail Wyatt realizó una investigación con una muestra de 248 Afro-americanas y mujeres blancas de 18 a 36 años de edad en Los Ángeles, California, de donde se obtuvieron los siguientes datos de prevalencia: 21% reportó por lo menos una experiencia de abuso incestuoso; 32% reportó por lo menos una experiencia del abuso sexual infantil extrafamiliar; y 45 % reportó por lo menos una experiencia del abuso sexual infantil incestuoso y/o extrafamiliar (Wyatt y Peters, 1986b).

Los resultados de Wyatt adquieren cierta semejanza en la prevalencia encontrada en el estudio que realizó Russell (1986):

Empleando una muestra probabilística de 930 mujeres adultas residentes de San Francisco, California, investigó a través de entrevista individual la prevalencia de abuso sexual infantil extrafamiliar e intrafamiliar. Sus hallazgos son contundentes: el 16% de las mujeres reportó haber sido víctima de abuso sexual intrafamiliar antes de los 18 años; el 31% reportó haber sido víctima de abuso sexual extrafamiliar antes de los 18 años. Los tipos de perpetradores de abuso sexual intrafamiliar fueron: padre (4.5%), madre (0.1), abuelo (1.2%), hermano (2.0%), hermana (0.3%), tío (4.9%), cuñado (0.8%), primo (3.2%), otro familiar (1.8%). Los tipos de perpetradores de abuso sexual extrafamiliar fueron: extraño (15%), conocido (40%), amigo de la familia (14%), amigo de la víctima (9%), cita (9%), novio, pareja o esposo (7%), figura de autoridad (2%).

Browne y Finkelhor (1986) desarrollaron una revisión de la investigación disponible sobre el impacto del abuso sexual infantil. Concluyeron lo siguiente:

“...cuando son estudiados de adultos, las víctimas como grupo demuestran deterioro cuando son comparadas con sus contrapartes no víctimas, pero menos de una quinta parte evidencia patología grave...el riesgo de deterioro de salud mental inicial y a largo plazo para víctimas de abuso sexual infantil debe tomarse con mucha seriedad” (p. 72).

Por su parte, Ramos-Lira L, Saldívar-Hernández G, Medina-Mora ME, Rojas-Guiot E, Villatoro-Velázquez J. (1998), de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, realizaron un estudio con una muestra de 61,779 alumnos de secundaria, de los cuales

51.8% eran hombres, y 47.1%, mujeres. El rango de edad osciló de los 10 a los 35 años, con una media de edad de 14.4 años. En total, el 94% era menor de edad. Sus datos revelaron que la prevalencia de abuso sexual infantil fue de 4.3% de la muestra total, y no se observaron diferencias por sexo estadísticamente significativas.

La incidencia de abuso sexual infantil en el Estado de Sonora, con base en datos proporcionados por la Procuraduría General de Justicia del Estado de Sonora correspondientes al 2004, se refleja en el total de delitos sexuales perpetrados en mujeres menores de edad: abusos deshonestos (84.2%), equiparable violación (75%), estupro (98.7%), raptó (100%), hostigamiento sexual (85.7%), violación (82.1%). El sexo reportado de los perpetradores es: en abusos deshonestos (masculino 97%, femenino 1.8%, no especificado 1.2%); equiparable violación (masculino 96.8%, no especificado 3.2%); estupro (masculino 97.4%, femenino 1.3%, no especificado 1.3%); hostigamiento sexual (masculino 100%); raptó (masculino 100%); violación (masculino 95.5%, no especificado 4.5%).

En este reporte, puede observarse la ausencia de tipificación de abuso sexual infantil tanto extrafamiliar como intrafamiliar.

La mayor parte los datos sobre abuso sexual infantil en nuestro país provienen de estadísticas captadas por el sistema de salud y el de justicia; sin embargo, tal como reportan diversas investigaciones y los resultados del estudio presente, solamente se reporta una pequeña proporción del total de los casos de abuso sexual. Existe otra fuente de datos, basada en los informes de las víctimas de abuso sexual durante la infancia o la adolescencia.

Los datos de esta investigación proporcionarán información valiosa que hasta el momento es desconocida. Con ella se podrán estructurar e implementar estrategias de intervención que permitan a las víctimas reducir los efectos del abuso sexual en la infancia o adolescencia.

2. Definiciones

2.1 Menor:

(Del latín minor-natus referido al menor de edad, al joven de pocos años, al pupilo no necesariamente huérfano, sino digno de protección).

Desde el punto de vista biológico, se llama menor a la persona que por efecto del desarrollo gradual de su organismo, no ha alcanzado una madurez plena.

Desde el punto de vista jurídico, es la persona que por la carencia de plenitud biológica que comprende desde el momento del nacimiento viable hasta cumplir la mayoría de edad, la ley le restringe su capacidad dando lugar al establecimiento de jurisdicciones especiales que le salvaguardan (Nueva Democracia Jurídica Mexicana, 2001). En México se considera menor a cualquier persona que aún no ha cumplido los 18 años.

2.2 Abuso sexual infantil.

Finkelhor, en su definición de abuso sexual infantil, establece una diferencia de edad substancial entre las partes implicadas, e incluye experiencias sexuales forzadas entre niños de doce años y menos con adultos o adolescentes por lo menos cinco años mayores al niño, y de adolescentes de 13 a 16 años de edad con un adulto por lo menos diez años mayor que él (1979, p. 55).

Por su parte, Dolan dice que el abuso sexual infantil consiste en *cualquier forma de interacción sexual forzada entre un menor y una persona en posición de poder sobre el menor* (Dolan, 1991).

Otros autores consideran que el abuso sexual infantil involucra a alguien por lo menos 3 años mayor que la víctima, o alguien de cualquier edad que emplea fuerza directa o amenaza para llevar a cabo por lo menos un asalto manual en el área genital del menor (Bagley. C. and Ramsay, R. 1996).

Las definiciones anteriores son limitadas, debido a que hasta el presente no se ha podido dar una definición universal de abuso sexual infantil; por tal motivo la definición que proporciona The National Center of Child Abuse and Neglect es la que más autores han utilizado por ser mas objetiva.

The National Center of Child Abuse and Neglect (1978) define el abuso sexual infantil como: *Contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo,*

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

La definición proporcionada por The National Center of Child Abuse and Neglect será empleada en el presente estudio.

Las definiciones empleadas para abuso sexual infantil intrafamiliar y abuso sexual infantil extrafamiliar son más reducidas que las empleadas por otros investigadores, en las que incluyen exhibicionismo y/u otras experiencias que pueden involucrar no contacto, o insinuación de contacto. Para propósitos de este estudio, se retoman las definiciones de Russell:

2.3 Abuso sexual infantil extrafamiliar: uno o más contactos sexuales no deseados entre un individuo no emparentado por lazos consanguíneos o matrimoniales y un menor –abarcando desde caricias hasta penetración- entre los que existe una diferencia de edad igual o mayor a cinco años (Russell, 1986).

2.4 Abuso sexual infantil intrafamiliar: uno o más contactos sexuales no deseados entre parientes, uno de los cuales es menor –abarcando desde caricias hasta penetración, y entre los que existe una diferencia de edad igual o mayor a cinco años (Russell, 1986).

2.5 Perpetrador o abusador: individuo que, por la fuerza derivada de su tamaño, autoridad o relación, y con el objetivo exclusivo de satisfacer sus propias necesidades, impone sobre el niño actos sexuales forzados (Blume, 1990).

2.6 Gravedad del abuso sexual infantil: para propósitos de simplificación de las diversas formas de contactos sexuales, en donde se incluyen desde besos no deseados sin empleo de fuerza, hasta penetración con empleo de fuerza, se reorganizan en las siguientes tres categorías (Russell, 1986):

2.6.1 Abuso sexual muy grave: contacto sexual pene-vagina, pene-ano, lengua-vagina, lengua-ano, consumado o intento de, con o sin empleo de fuerza. Nota: el término fuerza incluye, fuerza física, amenaza de fuerza física, o incapacidad de consentimiento debido a estados de inconsciencia, droga, sueño o cualquier otra razón de indefensión física total.

2.6.2 Abuso sexual grave: caricias genitales, contacto sexual simulado, penetración digital, consumadas o intento de, con o sin empleo de fuerza.

2.6.3. Abuso sexual menos grave: caricias con intento sexual en nalgas, muslos, piernas o cualquier otra parte del cuerpo, genitales o senos por encima de ropa, besar, consumadas o intento de, con o sin empleo de fuerza.

2.7 Efectos a largo plazo del Abuso Sexual Infantil

Aquellos que se desarrollan dos años o más después del abuso; pueden ser manifestaciones crónicas de consecuencias agudas o desarrollarse en forma retardada. Algunos de ellos aparecen y entran en remisión esporádica y espontánea (Browne y Finkelhor, 1986). Son resultado de victimización sexual, que coexisten en el sobreviviente adulto de abuso sexual infantil; Briere (1996) los divide en cuatro categorías: Estrés Postraumático, Efectos cognitivos, Efectos emocionales y Efectos sociales e interpersonales. Estas se describen a continuación:

2.7.1 Estrés postraumático: respuesta extrema a un estresante severo que abarca ansiedad acentuada, evitación de estímulos asociados con el trauma, y bloqueo de respuestas emocionales. Se define mediante un grupo de síntomas y una etiología hipotética –un evento traumático experimentado o presenciado directamente por la persona, donde hubo amenazas o peligro real de muerte, lesiones graves o amenaza a la integridad física-. Los síntomas se agrupan en cuatro categorías principales; para este diagnóstico se requiere que los síntomas de cada categoría perduren más de un mes, a saber:

- *La existencia de un evento* que involucró el haber presenciado y/o experimentado amenaza, peligro real de muerte o lesión grave, amenaza a la integridad física de la persona o de otros, que produjo temor intenso, indefensión u terror. El abuso sexual infantil está específicamente incluido en este criterio, a pesar de que no todo abuso implica amenaza de muerte o lesión.
- *Se experimenta de nuevo* o se recuerda el trauma –a través de sueños recurrentes del estresor o de imágenes súbitas (recuerdos sensoriales intrusivos) de la situación traumática original; o una intensificación de los síntomas por exposición a situaciones similares al evento traumático original.

- *Evitación persistente* de los estímulos asociados con el evento y adormecimiento de la responsividad al mundo exterior –disociación, retraimiento, incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma, restricción de la afectividad, o pérdida de interés por eventos cotidianos.
- *Síntomas persistentes de excitación aguda*, no presentes previo al trauma, tales como perturbación del sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia a peligros ambientales, y una respuesta exagerada de sobresalto (Briere, 1996).

2.7.2 Efectos cognitivos: el abuso sexual infantil puede alterar la forma en que la víctima percibe y se comprende a sí misma, a otros, y el futuro. Las alteraciones cognitivas más comunes son:

- Autoevaluación negativa y culpa: sentido marcado de maldad y vergüenza, sentido de que algo está mal en la propia víctima, haciéndola inherente no digna de ser aceptada. Se siente estigmatizada y diferente de otros, inferior y desvalorizada, marcada por su experiencia de abuso. Relacionado con esto, existen sentimientos de confusión, acerca de si la propia víctima provocó el abuso.
- Indefensión: de acuerdo a Finkelhor y colaboradores (1986), muchos aspectos de la victimización sexual se oponen a los sentimientos de poder personal o de autoeficacia; estos aspectos incluyen: a) la invasión forzada del cuerpo que la víctima experimenta; b) la naturaleza repetitiva del incesto y de otros tipos de victimización sexual, lo cual resulta en sentimientos crónicos de vulnerabilidad e incapacidad de protegerse del peligro; c) la experiencia de las víctimas de no ser creídas por otros al revelar su abuso sexual.
- Desconfianza de otros: los sentimientos acerca de otros interactúan con los sentimientos que la víctima tiene acerca de sí misma y de su experiencia de abuso, e influyen tanto en su capacidad para relacionarse como en la calidad de sus relaciones (Courtois, 1988).

2.7.3 Efectos emocionales: emociones inicialmente asociadas al abuso sexual que persisten a lo largo del tiempo y que pueden fluctuar en continuidad e intensidad (Courtois, 1988):

- *Ansiedad:* la experiencia clínica sugiere que los adultos con historia de abuso sexual infantil presentan componentes cognitivos, condicionados y somáticos de ansiedad. Los componentes cognitivos de la ansiedad involucran (a) hipervigilancia a peligros del ambiente, (b) preocupación por control, e (c) interpretación errónea de estímulos interpersonales neutrales o positivos. Los componentes condicionados de la ansiedad relacionada con abuso residen en el hecho de que el abuso sexual infantil generalmente ocurre en relaciones donde se espera protección y cuidado, pero que en su lugar ocurren intrusión, abandono, devaluación y daño; como resultado, puede formarse una asociación condicionada clásica entre varios estímulos sociales o ambientales y peligro, tal como una variedad de eventos interpersonales. El abuso sexual también puede producir somatización por ansiedad cuando la vulnerabilidad corporal o una función corporal específica se asocia a violación (Briere, 1996).
- *Depresión:* el DSM-IV la define como un estado emocional que se caracteriza por gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento, falta de sueño, de apetito y de deseo sexual o falta de interés o disfrute de las actividades usuales, desaliño personal, pérdida de iniciativa. Asimismo, se presenta retraso psicomotriz o agitación, pérdida de energía, sentimientos de desvalorización, culpa excesiva o inapropiada, pérdida de concentración, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, deseos de morirse, e intentos suicidas (Briere, 1996).
- *Irritabilidad:* irritabilidad crónica, sentimientos de enojo inesperados e incontrolables, y dificultades asociadas con la expresión de enojo en la víctimas. Los sentimientos de enojo pueden internalizarse como odio a sí mismo y depresión, ocasionando conductas autodestructivas tales como la automutilación (Briere, 1996).
- *Funcionamiento sexual:* (los términos *trastorno* y *disfunción* son empleados aquí en el entendido de que se desarrollan en respuesta a

la sexualización traumática y, por tanto, deben ser entendidos o como efectos asociados al trauma o como mecanismos de afrontamiento que fueron funcionales para la víctima) Los problemas sexuales pueden haberse desarrollado al momento del abuso o inmediatamente después, o pueden emerger en la adultez; según LoPiccolo y colaboradores (1980, 1982) existen seis categorías de dificultades y disfunciones sexuales: 1) trastorno del deseo, que se divide en dos áreas, comunes en los sobrevivientes de abuso sexual: bajo deseo sexual y aversión al sexo; 2) trastornos de la excitación, que involucran la incapacidad de excitación y desempeño sexual; 3) trastornos del orgasmo, constituyen una respuesta al temor de estar fuera de control o una defensa contra la culpabilidad y ansiedad asociadas con el placer sexual; 4) dolor durante el coito, dispaurenia definida como dolor localizado en el área genital, que ocurre durante el acto sexual; vaginismo, respuesta fóbica involuntaria condicionada, la cual ocasiona espasmos musculares que interfieren con el coito; otros dolores tales como dolor en la espalda baja, el cual se exagera con la actividad sexual; 5) dificultades en frecuencia y satisfacción, mostrando patrones ampliamente divergentes y alternantes; 6) información calificadora, otros factores que pueden tener impacto en el funcionamiento sexual.

2.7.4 Efectos sociales e interpersonales: dado que el abuso sexual infantil ocurre, por definición, dentro del contexto de algún tipo de relación, las víctimas de abuso sexual experimentan problemas en el dominio interpersonal. Las víctimas aprenden ciertos patrones de comportamiento que son dañinos a sí mismos y a otros, o que restringen su desarrollo y les impiden lograr un funcionamiento adecuado. Tales efectos pueden ser sentimientos de aislamiento, la creencia de ser incapaces de sostener una relación “normal”, y una dependencia disfórica asociada a dificultades tempranas de apego. Además, sentimientos generalizados de enojo mezclados con temor (Briere, 1996).

3. Modelos explicativos

3.1 Modelo del Trastorno por Estrés Postraumático:

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) es un concepto ampliamente reconocido, que ha sido definido por el DSM III (Asociación Psiquiátrica Americana, 1980) y que incluye los siguientes componentes:

- A. La existencia de un estresante severo que podría evocar ansiedad acentuada, evitación de estímulos asociados al trauma y adormecimiento de respuestas emocionales en casi cualquier persona.
- B. La reexperiencia del trauma a través de: a) recuerdos intrusivos recurrentes, b) sueños ó, c) emociones súbitas.
- C. Un adormecimiento de la responsividad o involucramiento reducido en el mundo exterior indicado por interés disminuido en actividades, sentimientos de estar separado de otros y afecto constreñido.

Además, por lo menos dos de los siguientes síntomas deben también estar presentes: hiperalerta, perturbaciones del sueño, culpa del sobreviviente, problemas de memoria o concentración, evitación de actividades o la intensificación de síntomas cuando se es expuesto a estímulos relacionados con el evento traumático.

Durante su concepción, el concepto del TEP fue formulado exclusivamente para su aplicación en adultos, especialmente en torno al trauma de guerra (Trimble, 1985). Sin embargo, cada vez más clínicos han observado su aplicabilidad también en niños (Benedek, 1985), que han presenciado la muerte violenta en una persona amada (Pynoos & Eth, 1985b) y ahora al abuso sexual.

El insertar el abuso sexual dentro del marco del TEP ha tenido algunos efectos saludables. Primero, ha proporcionado una etiqueta clara y una descripción de un fenómeno que muchas víctimas de abuso sexual padecen. Todos los síntomas indicados

en los criterios del DSM III han sido observados aislados o combinados en víctimas de abuso sexual.

Segundo, la formulación del TEP ha sugerido que los efectos del abuso sexual necesitan ser vistos de una manera estructurada. Lo que puede estar involucrado es un síndrome con una etiología de fondo, más que un catálogo de síntomas.

Tercero, el concepto del TEP ha colocado el abuso sexual dentro de un contexto más amplio y ha tendido puentes a otros tipos de trauma. El abuso sexual ya no es visto como único sino que comparte dinámicas con otros traumas, el estudio de los cuales puede ofrecer más luz sobre el abuso sexual.

Cuarto, ha despertado interés renovado en el abuso sexual. Los investigadores que han estado estudiando otros traumas han visto en el abuso sexual una oportunidad de estudiar una manifestación más de su área de interés.

Quinto, ha incrementado la prominencia del problema del abuso sexual al añadirlo a la lista de estresores psicológicos reconocidos.

Finalmente, el considerar el abuso sexual como una forma de TEP puede ayudar a reducir el estigma que todavía sufren las víctimas. En algunas áreas existe prejuicio de que la persona se traumatiza por el abuso sexual sólo si posee una predisposición histérica o una preocupación innecesaria con el puritanismo sexual. Tal supuesto puede observarse en el comentario de Kinsey, Pomeroy, Martín y Gebhard (1953) acerca de que *“es difícil comprender por qué un niño, salvo por condicionamiento cultural, debería perturbarse porque sus genitales son tocados”* (p. 63). Sin embargo, el hablar del abuso sexual como un tipo de estresor, el TEP claramente coloca a los niños abusados sexualmente en compañía de víctimas de desastres devastadores e

incontrolables, tales como guerras y terremotos, y retardo, así la idea de que el trauma es auto inflingido.

3.1.1 Problemas con la formulación del Trastorno por Estrés Postraumático:

La pregunta clave es si el abuso sexual verdaderamente cabe dentro del TEP. Antes de celebrar que hemos encontrado el modelo que explica el impacto traumático del abuso sexual, debemos reconocer que la formulación del TEP presenta limitaciones. Primero, no explica adecuadamente todos los síntomas. Segundo, aplica adecuadamente sólo a ciertas víctimas. Finalmente, y lo más importante, no presenta una teoría que explique de qué forma las dinámicas del abuso sexual desembocan en los síntomas observados. Estas son limitaciones serias que merecen una discusión extensa y más estudio.

3.1.2 Diferencias en Énfasis:

Cuando se analiza de manera crítica, la inclusión de los síntomas de abuso sexual dentro del TEP está algo forzada. Es verdad que las víctimas de abuso sexual presentan síntomas de TEP, y que casi todos los síntomas del abuso sexual pueden incluirse en el marco del TEP. Pero los énfasis son diferentes. El TEP se enfoca primordialmente en las imágenes intrusivas, las pesadillas y el adormecimiento y aplanamiento del afecto y relaciones sociales. A pesar de que estos síntomas pueden estar presentes después del abuso sexual, no incluyen algunos de los síntomas que han sido más señalados por clínicos e investigadores. Los investigadores del abuso sexual enfatizan el temor, la depresión, la autculpa y los problemas sexuales más que otros síntomas. A pesar de que el temor y la depresión embonan más o menos bien (no son completamente lo mismo que las imágenes intrusivas y el adormecimiento descritos en el TEP), la autculpa y los problemas sexuales reflejan un énfasis diferente. Además, Briere y Runtz (1988) citan los síntomas comúnmente observados de tentativas de suicidio, abuso de sustancias y revictimización, los cuales están fuera de los límites del TEP. Estas diferencias son más que un problema de etiquetación de síntomas. Reflejan un trauma que puede compartir elementos con el TEP, pero que es cualitativamente diferente.

Otra señal de esta diferencia es el área personal donde los investigadores localizan el trauma. El TEP localiza casi todo el trauma en el

área afectiva-exposición del afecto o constricción del afecto o defensa contra el afecto. En contraste, en el abuso sexual, los observadores han localizado los síntomas en las áreas cognitivas y afectivas. Estas perturbaciones cognitivas incluyen creencias distorsionadas acerca del yo y otros, autculpa, desinformación sexual y confusiones sexuales.

Jeh (1985/1986) afirma que las mujeres que fueron abusadas sexualmente durante la infancia con frecuencia presentan creencias distorsionadas que surgen de esta experiencia y que parecen contribuir a las perturbaciones afectivas tales como culpa, baja autoestima y tristeza.

Corwin (1985), al definir el “trastorno del niño sexualmente abusado”, observa la importancia del conocimiento inapropiado para la edad acerca de la sexualidad, conocimiento e intereses que han sido inculcados prematuramente en el niño. La autculpa y las actitudes negativas hacia el yo parecen haber sido adquiridos por aprendizaje a través de las reacciones que los otros tienen hacia el niño. El ver el abuso sexual desde el marco del TEP puede oscurecer y minimizar la importancia de estos traumas cognitivos y de otros tipos que no son enfatizados por la formulación del TEP.

3.2 Modelo de las Dinámicas Traumagénicas de Finkelhor:

Siguiendo la formulación de Finkelhor y Browne (1985), se propone la utilización del modelo denominado Dinámicas Traumagénicas del Abuso Sexual Infantil.

El modelo propuesto por Finkelhor y Browne (1985) es un modelo ecléctico pero integral que sugiere una variedad de dinámicas diferentes para explicar una diversidad de tipos de síntomas. Incorpora algunos elementos del Trastorno por Estrés Postraumático, pero es lo suficientemente amplio como para explicar el abuso sexual de la variedad que no incluye el Trastorno por Estrés Postraumático.

El modelo propone cuatro dinámicas traumagénicas para explicar el impacto del abuso sexual: Sexualización Traumática, Traición, Estigmatización, e Indefensión. Una dinámica traumagénica es una experiencia que altera la orientación cognitiva o emocional de la víctima hacia el mundo y causa trauma al distorsionar su autoconcepto, punto de vista del mundo, o capacidades

afectivas. Por ejemplo, la dinámica de la estigmatización distorsiona el sentido del propio valor de la víctima. La dinámica de la indefensión distorsiona el sentido de la capacidad de la víctima de controlar su vida. Cuando una persona intenta enfrentarse al mundo a través de estas distorsiones, lo que vemos son problemas psicológicos y conductuales que son característicos de niños y adultos abusados.

Cada una de las dinámicas traumagénicas será descrita para mostrar lo que incluye y el impacto que ocasiona:

3.2.1 Sexualización Traumática:

Esta primera dinámica se refiere a las condiciones del abuso sexual bajo las cuales la sexualidad del niño es moldeada de manera inapropiada desde el punto de vista de su desarrollo y disfuncionales desde el punto de vista interpersonal.

3.2.2 Traición:

En esta segunda dinámica, los niños descubren que alguien de quien eran básicamente dependientes les ha causado o desea causarles daño. Presente en algún grado en la mayoría de las situaciones de abuso, la traición puede operar de diversas maneras. Algunas veces la traición ocurre al momento del primer abuso, a medida que los niños se percatan que una persona en quien ellos confiaban los está utilizando sin preocuparse por sus necesidades o su bienestar. En otros casos de abuso, los niños experimentan la traición en forma demorada, percatándose de que fueron engañados para hacer algo malo a través de mentiras o falsas peticiones.

Con frecuencia se asume que el componente principal de la traición radica en la cercanía de la relación entre el ofensor y el niño. Pero otro elemento igual de importante puede ser qué tanto confía el niño en el ofensor independientemente de quién sea.

La dinámica de la traición en el abuso sexual abarca no sólo la experiencia del niño con el ofensor sino también con miembros no ofensores de la familia.

3.2.3 Estigmatización:

Se refiere a los mensajes negativos acerca del yo –maldad, vergüenza, culpa- que son comunicadas al niño en torno a la experiencia. Estos mensajes son comunicados de diversas formas. Los abusadores lo dicen directamente cuando culpan o denigran a la víctima. También lo dicen indirectamente a través de su agazapamiento y presiones de silencio. Pero mucha de la estigmatización viene de las actitudes que las víctimas escuchan o de los juicios morales que infieren sobre aquellos que los rodean. Las víctimas llegan a saber, o a descubrir en algún punto, que el abuso sexual y el incesto son considerados como desviaciones. Estas inferencias con frecuencia son reforzadas por los comentarios específicos que pueden escuchar después de revelar el secreto; por ejemplo, que ellos, u otras víctimas de abuso, son *seductoras*, *mercancía dañada*, o compañeras no deseables para otros niños en el caso de las niñas; u *homosexuales* en el caso de los niños. Aún cuando el niño no es culpado o etiquetado, simplemente el hecho de haber sido una víctima, de haber sido destrozado su mundo de creencias, muy probablemente empujará al niño a buscar autoatribuciones que expliquen *por qué me sucedió a mí, por qué fui escogido*. Dado que existen tantas atribuciones negativas en relación con niños abusados sexualmente, es difícil para ellos escapar de la dinámica del estigma.

3.2.4 Indefensión:

Existen dos componentes principales de la dinámica traumagénica de la indefensión: 1) la voluntad, deseos y sentido de eficacia del niño son rechazados y frustrados; y 2) el niño experimenta la amenaza de daño o aniquilamiento (el término *desempoderamiento* puede ser una descripción más exacta de la dinámica, pero es un término poco práctico). Muchos aspectos de la experiencia de abuso sexual pueden contribuir a la indefensión, pero algunos de ellos son particularmente significativos y comunes. Posiblemente la forma más fundamental de indefensión, central al abuso sexual en sí, es la experiencia de tener el espacio corporal invadido repetidamente en contra de los propios deseos, ya sea que ocurra a través de la fuerza o del engaño. Este es un elemento característico del trauma de abuso sexual, compartido probablemente con el abuso físico y las experiencias de parentazgo sobreintrusivo.

Una segunda forma de indefensión es la experiencia de violencia, coerción y amenaza a la vida y al cuerpo que ocurren en algunos tipos de abuso sexual. Esta es una dinámica traumática presente en muchos eventos catastróficos y es la dinámica clave (*evento abrumador, peligro intolerable*) en la conceptualización del TEP. Ambas formas de indefensión –invasión y amenaza de vida- son exacerbadas cuando los niños resisten mediante forcejeo, escape o tratando de burlar al abusador y son frustrados en sus esfuerzos por terminar el abuso. La vulnerabilidad, no escapatoria, y sus emociones asociadas de temor y ansiedad también contribuyen a la dinámica. Finalmente, los niños con frecuencia experimentan un aumento de indefensión enorme, inesperado y devastador después del abuso, cuando se encuentran incapaces de controlar las decisiones del mundo adulto, el cual puede imponerles eventos no deseados –separación de la familia, procesos judiciales, investigaciones policíacas- sumados a la terminación del abuso.

Lo anterior debe dar un sentido de cómo es que el modelo explica el trauma del abuso sexual, primero dividiendo el trauma en cuatro áreas y después mostrando en cada área cómo las dinámicas de la experiencia del abuso se relacionan con los efectos observados en las víctimas. Dos aclaraciones: primero, el modelo supone que cada una de las dinámicas está presente en diferentes grados en diferentes experiencias de abuso. Algunas experiencias son en alto grado traumáticamente sexualizantes (por ejemplo, cuando las respuestas sexuales del niño son evocadas) y algunas no (cuando el niño es simplemente un objeto pasivo). Algunas involucran cantidades masivas de indefensión (cuando una gran cantidad de violencia y daño están presentes) y algunas, mucho menos. Existen aún experiencias de abuso en las que algunas de las dinámicas traumatizantes están completamente ausentes. Por ejemplo, si un niño es capaz de tomar acción efectiva para poner un alto al abuso desde el inicio, la experiencia puede no ser desempoderante; de hecho puede ser empoderante. El modelo supone que la extensión del impacto en cada área estará relacionada con el grado en el que la dinámica traumagénica esté presente, y que en algunos casos no existe dinámica alguna ni efecto alguno. Esto debe poder verificarse empíricamente.

Una segunda aclaración concierne a la sobredeterminación de los efectos. Debería ser claro, siendo las dinámicas psicológicas lo que son, que

es poco común decir que un efecto tiene una sola causa. Algunos de los efectos comúnmente observados en víctimas de abuso sexual han sido categorizadas con dos o más de las dinámicas traumagénicas descritas. Algunos pueden de hecho requerir la combinación de dos o más dinámicas, por ejemplo, indefensión y estigmatización, para estar presentes. Sin embargo, una hipótesis interesante sugerida por el modelo es que efectos similares pueden tener manifestaciones diferentes dependiendo de la dinámica con la cual están asociadas. Así, la depresión relacionada con el estigma puede tener manifestaciones diferentes comparadas con la depresión relacionada con la indefensión.

Una cualidad del modelo es que permite que el abuso sexual sea conceptualizado ya sea como situacional o como proceso más que como un evento único. En el análisis previo del Trastorno por Estrés Postraumático se mencionó que una característica del abuso sexual que lo distingue de eventos que pertenecen al TEP (tales como terremotos) es el hecho de que con frecuencia es un proceso de traumatización. Diferentes partes del proceso ocasionan diferentes dinámicas traumagénicas. Los clínicos han observado que el daño de algunas experiencias de abuso sexual radica más en el proceso del reporte o en el de intervención que en el abuso en sí.

Las dinámicas traumagénicas descritas no se limitan a una parte del proceso. Operan antes, durante y después del abuso sexual, y aplican tanto para la revelación y la intervención como para el abuso en sí. Así, gran parte de la estigmatización involucrada en el abuso sexual puede ocurrir después de la experiencia en sí, a medida que el niño se topa con reacciones de la familia, amigos y conocidos. Un niño que está relativamente no estigmatizado por el abuso en sí puede experimentar una estigmatización masiva si es culpado por la familia. De manera similar, una gran parte de la dinámica de indefensión puede ser ocasionada por la intervención. Si se involucran muchas agencias en la investigación, si el niño es tratado rudamente por los investigadores, si el niño se ve separado de su familia en contra de su voluntad, el sentido de indefensión del niño se puede ver enormemente incrementado.