



Universidad de la República Oriental del Uruguay

Facultad de Psicología

Abuso Sexual Infantil: sus consecuencias a corto y largo plazo

Darriulat Riera, Nadia Evelyn

Tutora: Prof. Adj. Mag. Evelina Kahan

31 de Julio, 2017

Montevideo

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Capítulo I: Concepción de la infancia a lo largo de la historia	
1.1 Época Antigua.....	4
1.2 Edad Media.....	5
1.3 Época Moderna.....	6
1.4 Época Contemporánea.....	7
Capítulo II: Maltrato Infantil	
2.1 Definiciones.....	8
2.2 Tipos de maltrato.....	9
Capítulo III: Abuso Sexual Infantil	
3.1 Definiciones.....	11
3.2 Tipos de comportamientos sexuales.....	14
3.3 Mitos y falsas creencias.....	16
3.4 Detección del Abuso sexual infantil.....	18
3.5 Indicadores para su detección.....	19
Capítulo IV: Víctimas de Abuso sexual en la infancia	
4.1 Factores de riesgo.....	21
4.2 Sentimientos de las víctimas.....	23
4.3 Síndrome de Acomodación.....	24
Capítulo V: Abusadores sexuales infantiles	
5.1 Perfil.....	25
5.2 Características.....	26
5.3 Clasificaciones.....	28
Capítulo VI: Consecuencias del Abuso Sexual Infantil	
6.1 Consecuencias a corto plazo.....	30
6.2 Consecuencias a largo plazo.....	31
6.3 Ambiente familiar.....	34
Consideraciones finales.....	35
Referencias Bibliográficas.....	37

Resumen

Esta monografía aborda el abuso sexual infantil, su evolución histórica, así como sus características principales.

Se define al abuso sexual infantil como el involucramiento de un niño en actividades sexuales propias de un adulto. El niño no cuenta con defensas psíquicas adecuadas para abordar dicha situación, lo cual le genera vivencias traumáticas en su personalidad y en escasas situaciones las consecuencias negativas son apenas perceptibles.

Se profundiza esta temática contemplando el punto de vista de la víctima, del victimario así como de la familia.

Y por último se plantean los efectos traumatizantes que el ASI genera a corto y largo plazo en diferentes niveles, entre ellos: físico, conductual, emocional/psicológico, sexual y social.

Palabras claves: **Abuso sexual infantil (ASI) - Niño - Consecuencias**

Introducción

La presente monografía se enmarca en el Trabajo Final de Grado, perteneciente a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. La misma, procura desarrollar el abuso sexual infantil a menores centrándose en los efectos traumatizantes a corto y largo plazo producidos en el niño. Desplegando aportes conceptuales de diversos autores.

Se entiende al abuso sexual infantil como aquellos actos impuestos por parte de un adulto sobre un niño de naturaleza sexual. Debido a su condición, el niño no posee ni el desarrollo madurativo, ni cognitivo ni emocional, para consentir la conducta y la acción a la cual se ve expuesto. Este tipo de abuso genera en el niño múltiples consecuencias, interrumpiendo el curso normal de su desarrollo, dejándolo paralizado, sin permitirle actuar frente a esta situación.

Esta producción está compuesta de seis capítulos. En el primero de ellos, se realiza un recorrido histórico acerca de la concepción de la infancia a lo largo de los años, visualizándose el papel que ha ido cobrando el niño en la historia y las prácticas ejercidas en contra de su persona, desde la antigüedad a la actualidad.

En el segundo capítulo, se desarrolla el concepto de maltrato y los diversos tipos siguiendo a Soriano Faura (2015).

Por otro lado, el tercer capítulo corresponde al abuso sexual infantil: definiciones, tipos de comportamientos sexuales, mitos y falsas creencias, detección del ASI e indicadores para su detección.

El capítulo cuatro está centrado en las víctimas del abuso sexual infantil; los factores de riesgo, los sentimientos presentes en ellos/as y el síndrome de acomodación al ASI.

Mientras que el capítulo cinco se enfoca en los agresores: su perfil, características y clasificaciones.

Por último, en el sexto capítulo, se abordan las consecuencias a corto y largo plazo en el niño y la importancia del apoyo familiar ante la revelación.

Finalmente, se plantean algunas consideraciones finales sobre el tema.

Concepción de la infancia a lo largo de la historia

Durante siglos la infancia ocupó un lugar devaluado. Pasando, los niños, de ser invisibles y no considerados como sujetos en la sociedad para transformarse recientemente en ciudadanos dignos de derechos y cuidados.

¿A qué nos referimos cuando utilizamos el término infancia?.

Según la Real Academia Española (2014) la infancia es el período de la vida humana desde el nacimiento hasta la pubertad.

UNICEF (2005) define a la infancia como:

La época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años. (p. 1)

Usualmente se concibe a la infancia desde una idea que hemos construido a lo largo de nuestras vidas, en base a lo que es un niño: representación forjada de lo que nos han transmitido, de nuestras propias vivencias y de lo que la sociedad sugiere como modelo de niño (Janin, 2009).

La infancia es el período de vida en el que se configura todo lo que tiene que ver con lo físico, lingüístico, motriz y socioafectivo del ser humano, por ello la importancia de una infancia protegida y sana. “Un niño es un sujeto en estructuración, que necesita del cuidado de los otros, de la mirada amorosa de los otros y del respeto de su singularidad para desarrollarse” (Janin, 2015, s/p).

En la **Época Antigua** (3.500 A.C- Siglo V) la infancia no era visibilizada y se desconocía como etapa en sí misma “los niños no eran pensados como personas diferentes a las adultas, con necesidades y características particulares” (Stagno, 2011, p.2).

En la antigua Grecia, los recién nacidos debían desarrollarse saludablemente sin ningún tipo de malformaciones o dificultades congénitas ya que en un futuro se veían obligados a estar disponibles para lo que la sociedad los requería, de no ser así, se tomaba la resolución de conservar o no sus vidas. Ésta práctica provenía de una ética cívica adquirida de valores que exaltaban la fuerza y privilegiaban la estética y la integración del cuerpo (Amorín, 2008).

En Roma era común “la matanza de niños anormales, o de niñas por razones ideológicas y/o económicas” (Volnovich, 1999, p.44), frecuentemente se utilizaba la muerte por asfixia dentro del agua a “niños débiles o mal constituidos” (Amorín, 2008, p.10).

El infanticidio, “presente a lo largo de la historia de la humanidad” (Volnovich, 1999, p.42) era una práctica naturalizada. Ariès & deMause (citados en Volnovich, 1999) sostienen que en la antigüedad no se manifestaban sentimientos de angustia ni de culpa ante la muerte de los infantes. La muerte por asfixia de los niños que eran aplastados por sus madres “accidentalmente” en el lecho, era una estrategia infanticida que tenía como finalidad “eliminar niños que estorbaban” (Volnovich, 1999, p. 121).

deMause (citado en Intebi, 2011) plantea que en la antigüedad era habitual que los padres o cuidadores ejecutaran a los niños. Los progenitores “cumplían un rol autoritario y podían hacer con ellos lo que quisieran” (Casella, 2016, p.5).

Lo que respecta al abuso sexual infantil en la antigua Grecia y en Roma “los más jóvenes eran utilizados como objetos sexuales de adultos mayores. Incluso podían ser alquilados para dichas prácticas” (Álvarez, 2016, p.6).

Según Baita & Moreno (2015) en la antigua Grecia era usual que los padres o cuidadores abusaran sexualmente de los niños, los abandonaran o maltrataran. “El trato despiadado, la práctica del infanticidio, el abandono, la negligencia, los rigores de la envoltura con faja, las torturas múltiples, la inanición deliberada, las palizas y los encierros alevosos” (Volnovich, 1999, p.35) han sido prácticas habituales en ese período. El abuso sexual se daba principalmente en niños mayores de once o doce años, siendo posible que los menores de esa edad fueran abusados por pedagogos y maestras (Baita & Moreno, 2015).

En la antigua Roma preferían mantener sexo anal con niños castrados ya que se consideraba más excitante. También se llevaba a cabo la “castración de los niños para llevarlos a burdeles” (Baita & Moreno, 2015, p.14).

En la **Edad Media** “el niño/a no tiene un lugar específico en la sociedad” (deMause, 1982, p.124). El Cristianismo, junto con la familia eran los encargados de la educación de los infantes.

Tanto en la antigüedad como en la edad media, el arte medieval no representaba a la infancia en sus pinturas, tapicerías y esculturas (Ariès, 1960). En este período de tiempo no existía el niño con características propias, ni con una vestimenta particular que lo discriminara del adulto, “la sociedad feudoburguesa, representaba a los niños como adultos en miniatura, sin asignarles ninguna fisonomía, vestimenta o expresión

propia" (Stagno, 2011, p.2). El niño era considerado un adulto en un cuerpo pequeño y debía por sobre todas las cosas imitar y obedecer a los mayores (Barrán, 2004).

Los menores se involucraban en las actividades de los adultos desde muy temprana edad, eran percibidos desde una lógica adultocéntrica y adultomorfa (Amorín, 2008). "Esto se concretaba con que el niño/a participaba de la vida del adulto tanto en el ocio como en el trabajo, sin tener un espacio propio" (deMause, 1982, p.124).

En cuanto a las violaciones hacia las niñas en la edad media, sólo se tomaban en cuenta si existía desgarramiento de himen, restando importancia a los golpes, heridas o arañazos que estas presentaran.

El infanticidio comenzó a ser mal visto, por lo tanto los padres comenzaron a tomar otras medidas para deshacerse de sus hijos; abandonándolos en conventos, entregándoselos a otras familias o criadas (Casella, 2016).

En la **Época Moderna**, según Ariès (1960) aparece el sentimiento de la infancia, el cual "supuso la exclusión de los niños de los lugares de trabajo, ocio y sociabilidad adultos" (Stagno, 2011, p.4). Ariès (1960) sostiene que a mediados del siglo XVIII se descubre la infancia, quitándosele el velo de la invisibilidad. El niño pasó de ser objeto de desprecio a objeto de estudio y atención (Meraz- Arriola, 2010).

Siguiendo a Leopold (citado en Casella, 2016) se producen "(...) cambios en la visión de la infancia, consolidándose una percepción moderna que la caracteriza como una etapa feliz aunque protegida y dependiente" (p.9).

Las madres pertenecientes a las clases altas comienzan a criar ellas mismas a sus hijos (deMause, 1974). "La autoridad de los padres cambió, las distancias afectivas disminuyeron: creció la presencia del niño (...)" (Vigarello, 1999, p.78). A pesar de que algunas familias tuvieran en cuenta la importancia del vínculo madre-hijo, los cuidados, como también así la atención hacia los más pequeños, seguía existiendo el abandono y la crianza por nodrizas en los sectores más desfavorables.

Por otro lado, surgen estructuras educativas las cuales serán esenciales para la construcción de la identidad infantil. El desarrollo de la escuela en el siglo XVII es una consecuencia del nuevo interés de los padres por la educación de sus hijos (Ariès, 1960).

Más allá de la nueva concepción de la infancia, que se tuvo en la época moderna, se continuó ejerciendo prácticas que desfavorecían el desarrollo pleno de los niños. A mediados del siglo XVIII se castigaban a éstos por masturbarse, por medio de intervenciones quirúrgicas con el fin de evitarlas. En los siglos XVII y XVIII comenzaron a surgir ciertas consideraciones respecto a algunas formas de violencia

hacia niños (en especial física y sexual) aunque recién en el siglo XX se dará la reducción más importante de estas prácticas (Baita & Moreno, 2015).

Lo que refiere a la **Época Contemporánea**, el niño es percibido de un modo diferente, con derechos y deberes acordes a su edad. El siglo XX, también conocido como “el siglo del niño” según Volnovich (1999), es una época en la cual la infancia ha adquirido considerable importancia, donde la conducta de los padres como la de los educadores y médicos se ha transformado en gran medida.

Se genera un cambio, centrado en colocarse en el lugar de los niños y descentrarse del lugar de los mayores (Volnovich, 1999). “Cambio que propone colocarse en el lugar de los niños para comprenderlos, para adecuarse a sus posibilidades, a sus necesidades, a su deseo” (p.35).

El siglo XX trajo consigo la promesa de niños/as reconocidos con identidad propia “una identidad construida en oposición a los planteamientos clásicos y proteccionistas que definían a los niños y niñas por sus carencias e incapacidades frente al sujeto adulto” (Gutiérrez & Acosta, 2014, p.100).

En el transcurso del siglo XIX al XX, la infancia produjo el centro de las preocupaciones del Estado (Gutiérrez & Acosta, 2014) encargándose éste de crear diversas instituciones (jardines de infantes, clínica de niños, asilo diurno) con el fin de ocuparse de los más pequeños.

En el siglo XX se generaron diversos cambios, acompañado de preocupaciones, a causa de las condiciones en la que los niños/as vivían. Las evidencias más claras que acompañan a este cambio se dan con la Declaración de Ginebra en 1924; la cual está centrada, por primera vez, en reconocer la existencia de los derechos exclusivos del niño y asignarles la responsabilidad de sus vidas a los adultos. Luego, en 1948 se aprueba la segunda Declaración de los Derechos del niño, y en 1959 se decreta la Declaración Universal de los Derechos del niño.

Es necesario aclarar que en la actualidad, continúa existiendo el maltrato y los abusos por parte de sus padres o cuidadores (Álvarez, 2016). “La sexualidad adulta invadiendo el mundo infantil, violando su inocencia y destruyendo su futuro” (Müller & López, 2011, p.45).

A causa de estos malos tratos, la infancia se ve amenazada y violentada física y psicológicamente. A continuación, en el próximo capítulo, se desarrollará el maltrato infantil.

Maltrato Infantil: definiciones

“El maltrato infantil es una afrenta única: es una conducta correctiva innecesaria y voluntaria que da por resultado el perjuicio físico y psicológico del niño”
(Wekerle et al., 2007, p.2).

Según SAVE THE CHILDREN (2001), el maltrato infantil es toda: “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad” (p.14). Cabe destacar que a través del ejercicio de los malos tratos se ve comprometido el desarrollo físico, intelectual, emocional y social de los niños, produciendo implicaciones a corto y largo plazo. “El maltrato infantil amenaza, vulnera y/o restringe los Derechos Humanos inherentes a la infancia” (Batista Gotta et al., s/f, p.10).

La OMS (2014) define el maltrato infantil como abusos y desatención hacia los menores de 18 años. Incluyendo todos los tipos de maltrato físico o psicológico, negligencia, abuso sexual, desatención, y explotación comercial, causando un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño y poniendo en riesgo su supervivencia. El maltrato infantil se considera un problema de salud mundial, presentando consecuencias y trastornos en la integridad de millones de infantes (Gaxiola & Frías, 2005).

Intebi (2009) plantea situaciones compatibles con malos tratos a los niños, aquellas en las que hay: trato inadecuado (por acción y omisión) de los padres, responsables legales o adultos que conviven en la familia del menor. Incumplimiento de los padres o responsables legales de los deberes de protección. Y por otro lado, incapacidad de los adultos que conviven en la familia para proteger al menor de las agresiones o tratos inadecuados de otras personas, incluyendo situaciones que demuestran pasividad o incapacidad para proteger al niño de situaciones de maltrato.

Cuando se hace alusión al maltrato infantil se considera el potencial de daño que pueden ocasionar los padres o cuidadores, como también la dificultad de estos para satisfacer las necesidades básicas de los niños/as. Wekerle et al. (2007) “destacan las desviaciones y comportamientos equívocos de los padres” (p.15) y la incapacidad para proteger al niño.

Es necesario aclarar, que el maltrato infantil está presente en todos los sectores socio-económicos y culturales. Se ha generado una creencia errónea al considerar a los sectores más desfavorecidos como causa exclusiva de los malos

tratos. “Se tiende a creer que aqueja a familias que viven en condiciones de marginalidad, carenciados en lo económico, con bajos niveles educativos y con adicciones al alcohol o a las drogas” (Intebi, 2009, p.9).

Lo que sí ocurre, al indagar distintos estratos sociales, es que los que pertenecen a una clase social baja están continuamente, bajo el impacto de una serie de factores de riesgo mayores que los que no pertenecen a esta clase (Giberti, 2005). Batista Gotta et al. (s/f) plantean que en los contextos menos favorecidos predomina el maltrato físico, emocional y las conductas negligentes. Mientras que en las zonas más favorables prevalecen el maltrato emocional, el abandono afectivo y la sobre exigencia.

Si un niño: muestra temor injustificado hacia las personas adultas, desconfía de sus promesas o actitudes, si muestra una tendencia a la soledad y al aislamiento, si tiene reacciones de agresividad verbal o física desde edades tempranas, si presenta conductas extremadamente adaptativas, si participa en acciones delictivas, y tiene o tuvo algún intento de suicidio, probablemente estamos frente a un niño que está sufriendo alguna forma de maltrato (Intebi & Osnajanski, 2003).

Tipos de maltrato

Soriano Faura (2015) reconoce cuatro tipos de maltrato como actos importantes de comisión u omisión por parte de los tutores los cuales son: Maltrato físico, Maltrato emocional o psicológico, Negligencia y Abuso Sexual.

Maltrato físico: Se considera maltrato físico a aquella forma de maltrato infantil no accidental que genera daño físico real o potencial, enfermedad o incluso la muerte del menor ejercida a través de uno o ambos progenitores o alguna persona en posición de confianza, responsabilidad o poder. Los incidentes pueden ser únicos o múltiples (OMS, 2001).

Giberti (2005) expresa que el castigo físico suele ser un canal de resolución de enojo por parte del adulto, frente a la falta de reacción del niño. El castigo sólo impone poder y dominio provocando humillación, irritabilidad, reacciones de furia y sentimientos de culpabilidad. Algunos indicadores del maltrato físico son: fracturas, traumatismos internos, lesiones cutáneas no accidentales como; hematomas, quemaduras, heridas cortantes y excoriaciones.

Maltrato emocional o psicológico: Implica la ausencia de un entorno adecuado y contenedor el cual fomenta el desarrollo de capacidades emocionales y sociales del menor. Este tipo de maltrato, incluye un ataque al sentido del yo del niño

con actos u omisiones por parte de sus tutores, causando diversos trastornos: conductuales, emocionales, cognitivos o mentales graves.

Comprende aquellas interacciones con alta probabilidad de provocar daños en el desarrollo espiritual, mental, moral, social, como también físico de un niño (OMS, 2001). El maltrato emocional “abarca amenazas verbales hacia el menor, así como, por costumbre, culparlo de todo sin razón, explotarlo y exigirle algo irrazonable” (Wekerle et al., 2007, p.17). Además, se expresa mediante el rechazo verbal y no verbal, desvalorización constante, falta de expresión de emociones por parte del adulto, denigración y ridiculización crónica.

Es la tipología de maltrato infantil más compleja de diagnosticar debido a que los indicadores y/o los síntomas presentados son invisibles.

Negligencia: Es la omisión, por parte de los adultos, de proveerle al niño aquello que necesita para desarrollarse sanamente, como: la educación, alimentación, salud, vivienda, higiene, protección y condiciones de seguridad.

La negligencia también incluye la falta de contención afectiva, protección adecuada y supervisión.

Abuso sexual: Se considera abuso sexual a aquellos comportamientos en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor con fines sexuales.

Además, Soriano Faura (2015) afirma que se debe incluir como otros tipos de maltrato: el **Maltrato prenatal**, el cual se ejerce a través de “conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto” (p.3) y el **Síndrome de Münchausen por poderes**. Este último se relaciona con la actitud de los padres, frecuentemente la de la madre, en provocar o inventar síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos lo que induce a someterlos a exploraciones y tratamientos innecesarios.

A continuación, se desarrollará el Abuso Sexual Infantil como eje principal del trabajo.

Abuso Sexual Infantil: definiciones

“Balazo en el aparato psíquico: produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional, que hacen muy difícil predecir como cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas” (Intebi, 1998, p. 173).

Existe una amplia gama de definiciones respecto al abuso sexual infantil (ASI). Glaser & Frosh (citados en Loureiro, 2003), descubren en sus estudios que no existe una definición universal sobre qué constituye abuso sexual infantil. Por lo tanto “La tarea de encontrar una definición adecuada de abuso sexual es compleja” (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

Se considera abuso sexual infantil a involucrar al niño en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que transgredan las leyes o las restricciones sociales.

El abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un niño/a y un adulto/a, o entre un niño/a y otro/a que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder. Estas actividades -cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona- abarcan pero no se limitan a: la inducción a que un niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas.

OMS (citado en Intebi, 2011, p.17)

National Center of Child Abuse and Neglect (citado en SAVE THE CHILDREN, 2001) define al ASI como aquellos contactos e interacciones entre un adulto y un niño, en la que el adulto (agresor) usa a este para su propia estimulación sexual. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el menor- víctima o cuando está en una posición de poder o control sobre el menor.

Lo que refiere a la edad del niño, algunos especialistas exigen que para ser considerado abuso sexual, el agresor debe ser mayor que el menor. Existiendo una “disparidad significativa de edad (cinco o más años)” (Cantón & Cortés, 2003, p.13).

Otros investigadores, sin embargo, no tienen en cuenta esta variable ya que puede ayudar a enmascarar los abusos sexuales entre menores (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

No es trascendente la diferencia de edades para considerar un comportamiento abusivo, sino el desequilibrio de poder, desequilibrio en cuanto a la comprensión de lo que sucede y la gratificación centrada en las necesidades del agresor (Intebi, 2011).

Casas (2003) plantea cuatro elementos que surgen de las definiciones de ASI, los cuales son: Gratificación del ofensor, Asimetría de poder, Coerción y Consentimiento no válido.

En cuanto a la gratificación del ofensor, se conoce que este es el propósito del abuso sexual. En los casos de abusos sexuales a niños “el objetivo de los comportamientos no es la gratificación sexual mutua” (Intebi, 2012, p.16) sino que en la mayoría de los casos, el objetivo del agresor es la propia y exclusiva gratificación sexual “aun cuando intente generar excitación en la víctima, esto siempre se relaciona con el propio deseo y necesidad, nunca con los deseos y necesidades de la víctima” Ochotorena & Arruabarrena (citados en Baita & Moreno, 2015, p. 28).

Casas (citado en López, 2005) plantea que esta gratificación no tiene por qué ser únicamente de carácter sexual, sino que puede generarse por la situación de dominio-sumisión- control por parte del agresor respecto al niño.

La asimetría de poder está dada por el tipo de relación que une a los implicados en la relación víctima- agresor. Esta puede derivar de la diferencia de edad, roles y/o fuerza física entre el ofensor y la víctima así como de la capacidad de manipulación psicológica que el primero tenga sobre la segunda.

Una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que esta no desea. La persona que posee el poder se encuentra en una situación de superioridad sobre la víctima; impidiendo el uso y goce de su libertad (Fuentes, 2011).

Entre dos personas de edades distintas, con un grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes, no puede existir jamás una relación sexual de igualdad (López Sánchez, 1999). Casas (citado en López, 2005) plantea que aunque las situaciones sean similares en cuanto a la edad, tamaño, sexo, habilidades, basta que una persona crea que la otra es más poderosa para otorgarle poder y así generar la asimetría.

En la gran mayoría de los casos, el ASI, se sostiene mediante una coerción del abusador, que puede llegar a incluir elementos de amenaza física, con el fin de que el niño no hable (Baita & Moreno, 2015). Además puede tratarse de presiones o chantajes emocionales (Intebi, 2008).

Se supone que en “estas situaciones siempre haya coerción del agresor, quien utiliza

el poder para conseguir lo que se propone y, al mismo tiempo, para imponer el secreto, sin el cual la situación abusiva sería revelada y por ende recibiría castigo” (Herrera, 2004).

Como consecuencia de la relación de poder, la coerción y la manipulación se da lo que se conoce como consentimiento no válido. No existe una libre elección por parte del niño, por lo tanto no hay una comprensión real de la situación a la cual está siendo sometido.

“Hablar de consentimiento en situaciones de abuso sexual infantil es un sinsentido” (Baita & Moreno, 2015, p.28).

A partir de las definiciones expuestas, se puede pensar al ASI como un fenómeno en el que se ponen en juego dos subjetividades distintas; una que se halla en pleno desarrollo y constitución y otra que ya ha culminado su configuración, pero no de un modo saludable (Pelaia, 2010).

Respecto al modo en que el agresor se acerca al niño, Lowen (citado en Gonçalves Boggio, 2010) sostiene que:

La persona que abusa de otra se acerca a su víctima como si le estuviera ofreciendo amor pero luego se aprovecha de su inocencia y/o desamparo para satisfacer su necesidad personal. El aspecto más dañino de este delito es la traición a la confianza, pero la violencia física agrega a esta acción destructiva una dimensión importante de miedo y dolor. (p.41)

El agresor se aproxima a la víctima paulatinamente, creando un vínculo estrecho de confianza, ofreciéndole un trato particular. Puede introducir la temática referida a la sexualidad de un modo ingenuo, cotidiano, por medio de chistes y/o insinuaciones, donde ni el niño ni su entorno perciben las verdaderas intenciones del agresor. Además, suele aprovecharse de situaciones confusas o ambiguas. Actúa de manera sorpresiva, donde en ocasiones cuando se produce el acto sexual el menor no sabe como sucedió ni como se vio involucrado ante semejante situación (Álvarez, 2016).

Respecto al niño, Barudy (1998) menciona que el mismo terminaría aceptando tal evento y se adaptaría para sobrevivir, entrando en la dinámica del chantaje.

Existen una serie de fases que se producen en el ASI las cuales son descritas por Müller & López (2011):

- Captación: el agresor selecciona a su víctima y realiza una serie de maniobras para llegar a ella. Durante este proceso de “seducción” el adulto toma conocimientos sobre los intereses y gustos, preocupaciones y temores del niño para inducirlo hacia el contacto sexual.
- Interacción social: generalmente se va dando de manera progresiva; desde la exhibición del cuerpo desnudo hasta formas más duras como coito vaginal o anal. En esta fase el niño puede comenzar a dar señales de que algo extraño está ocurriendo por medio de pesadillas, o cambios en su conducta.
- Secreto: acción fundamental para que el abuso se prolongue en el tiempo. Se caracteriza por la necesidad del adulto de continuar satisfaciendo sus necesidades y para ello persuade al menor con el fin de que guarde el secreto.
- Revelación o develamiento: puede ser voluntario, que el niño le cuente a su entorno, o por medio de la detección de indicadores. En ambos casos se produce una crisis en la familia, en el menor y en el agresor.
- Retracción: cuando el niño percibe que su revelación ha ocasionado conflictos en su núcleo familiar, se siente asustado y confundido por lo tanto desmiente lo antes dicho.

Dichas etapas pueden darse en un continuo, intercalarse, o también coexistir más de una en un mismo tiempo.

Tipos de comportamientos sexuales

Vázquez Mezquita & Calle (citados en Rivera, 2012) plantean que al hablar o referirse a los abusos sexuales en menores, se afirma que no todos son iguales, no se produce la agresión de la misma manera, no afectan de la misma forma la integridad y evolución psicológica de la víctima.

Seguendo a Intebi (2011), los comportamientos sexuales inapropiados y abusivos comprenden una amplia gama de acercamientos los cuales se detallan a continuación. “Es importante destacar que para que ocurran actos abusivos no es necesario el contacto físico ni que haya penetración” (p.28).

Lo que respecta a los comportamientos sexuales con contacto sexual (por encima o por debajo de la ropa), éstos incluyen: tocamientos en las partes íntimas; penetración digital o con objetos. Sexo oral, penetración peneana (coito vaginal, anal o con animales). Este tipo de conductas se pueden dar de ofensor a niño o viceversa.

Los comportamientos sexuales sin contacto físico abarcan: comentarios sexualizados hacia el niño (en presencia del menor, o mediante cartas, teléfono,

notas). Exhibición de genitales frente al niño e incitación a que se desnude o masturbe delante del agresor. Voyeurismo (espiar la intimidad del niño). Y exhibición de materiales pornográficos al menor como; libros, revistas, videos, películas y páginas de internet.

Con estas actividades, se estimulan premeditadamente áreas erógenas del cuerpo del niño que se excitan con facilidad. Por lo cual se entiende que el ofensor no sólo se aprovecha de la carencia emocional de la víctima, sino también de su disposición biológica (Pelaia, 2010).

En referencia al entorno en que ocurre el ASI, este puede acontecer en el ámbito intrafamiliar o extrafamiliar. Tuana & González (2009) definen al abuso sexual infantil intrafamiliar como cualquier forma de sometimiento sexual que se da en el contexto familiar, de parentesco o afectividad.

Morales & Shramm (2002) plantean que es perpetrado por personas cercanas y conocidas del niño, donde se evidencia una posición de ventaja por parte del victimario sea por ser mayor de edad o por ejercer algún tipo de autoridad, como los padres. Este tipo de actos ocurren dentro de las familias, pero de forma disimulada, acercándose al niño por medio de caricias, besos, toqueteos, durante un período prolongado de tiempo hasta concretar el acto sexual.

En este contexto, el ASI puede ser perpetuado por una persona con vínculo sanguíneo: padre, madre, hermano/a, primo, tío, abuelo. O ensamblada: padrastro, madrastra, medios hermanos, hermanastros. En la gran mayoría de los casos el ASI es intrafamiliar, ocurriendo desde una larga data y produciendo un mayor daño psicológico que el atentado único callejero (Loureiro, 2003).

También puede darse en un ambiente extrafamiliar, cometido por personas ajenas a la familia, “pero también normalmente en entornos cercanos a la persona menor” (Kolektiboa, 2016, p.15) pudiendo ser amigos, vecinos, cuidadores, entrenadores, etc. “Este tipo de abuso se limita a ocasiones aisladas, pero, sin embargo, puede estar ligado a conductas violentas o amenazas” (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005, p.15)

Además, los abusos sexuales infantiles pueden ocurrir en múltiples contextos: entre dos personas (agresor-víctima); grupal; ronda de sexo, con el fin de acceder a varios niños fácilmente y utilizarlos sexualmente; explotación sexual infantil (utilización de menores para realizar material pornográfico o para prostituirlos) y abuso ritual: que ocurre en lugares donde el sistema de creencias promueve el contacto sexual con niños como parte de sus rituales (Intebi, 2011).

Mitos y falsas creencias

Echeburúa y Guerricaechevarría (citados en Pereda et al., 2012) sostienen que el tardío reconocimiento del ASI como problema, el encubrimiento de este tipo de situaciones, como también la falta de información sobre el tema, han provocado la existencia de falsas creencias, “que dificultan en gran medida afrontar el problema con la solvencia y seriedad que merece” (López Sánchez, 1999, p.24).

Según SAVE THE CHILDREN (citado en Fuentes, 2011) la detección del ASI, se ve dificultada a causa de los miedos y mitos respecto a este tema, puesto que invade la parcela privada relacional de la persona. López (citado en Rivera, 2012), señala que las falsas creencias hacen referencia tanto a la frecuencia de este tipo de situaciones como a las características de la persona que las lleva a cabo, de las víctimas o de las familias en las que se producen. Algunas de estas falsas creencias son:

- Que los abusos son pocos frecuentes o inexistentes: Sin embargo, las estadísticas muestran lo contrario; al menos un 20% de personas sufre en su infancia abusos sexuales (Alonso & Val, 2000). Muchos casos no son revelados a causa del miedo, la culpa y el temor a que no le crean. Otros casos son ocultados por la misma familia de la víctima con el fin de evitar quiebres familiares o daños sociales (Mujica & Ibieta, 2012).
- Que es sinónimo de violación: Afirmación errónea, ya que raramente el agresor utiliza la fuerza física para llevar a cabo la agresión. Por lo contrario, establece un vínculo de confianza, autoridad o poder del cual se abusa. A diferencia de las violaciones a personas adultas, las cuales se presentan como episodio único, de manera brusca e impredecible, el ASI ocurre de manera crónica, a partir de un proceso de intromisión gradual en la intimidad de la víctima siguiendo pautas previas planificadas por el agresor (Intebi, 2011).
- Que la familia es un ambiente seguro: Las personas tienden a pensar que las familias son “normales” y por lo tanto cualquier amenaza está situada por fuera de ella. Este mito de la familia feliz forma parte de los estereotipos sociales y por tanto niega la posibilidad del incesto (Herrera, 2004).
- Que el sujeto que abusa es extraño o desconocido para el niño: Hecho que por el contrario, no suele ser así ya que “en la mayoría de los estudios los padres biológicos son los principales responsables de los abusos sexuales, seguido por familiares cercanos, luego, por conocidos no familiares y por último, por desconocidos” (González et al., 2004, p. 7).

- Que ocurren en ambientes desfavorecidos: Suele pensarse que el ASI se da solamente en ciertos estratos sociales de menor nivel socioeconómico (Pelaia, 2010), con importantes carencias económicas y educativas (Intebi, 1998). Lo cierto es que el abuso sexual se produce en todas las clases sociales, en todas las zonas geográficas, en todos los niveles culturales y en diversas familias (López Sánchez, 1999).
- Que los niños son muy fantasiosos: Siguiendo a Intebi (1998), hacia los cinco o seis años los niños atraviesan la etapa en la cual se enamoran del progenitor del sexo opuesto, fantasías de carácter universal, sin embargo, ni la más febril imaginación alcanzaría para sustentar los relatos que pueden hacer las víctimas. “Lo fundamental para empezar a proteger a los niños es creerles. No debemos suponer que se trata de una mentira o de una fantasía” (p.30).
- Que sólo las niñas son víctimas: Alonso & Val (2000) plantean que tanto niñas como niños sufren abusos, sin que exista tanta diferencia como se suele suponer entre el porcentaje de víctimas de uno u otro sexo.
- Que los niños no tienen conciencia del abuso, por lo tanto no les produce daño: Existen adultos que creen que el niño no tiene conciencia de lo que le ha sucedido, ni se avergüenza por ello, y que el verdadero daño se lo provocaría si el hecho sale a la luz; por lo tanto, sería mejor dejar oculto este tema y no hablar de él para así ser olvidado. La realidad es muy distinta, las víctimas no se olvidan jamás de las vivencias traumáticas. El niño desarrolla conductas de acomodación para no desintegrarse, disociando y negando y confundiendo estos hechos. Intebi (citado en Fuentes, 2011).
- Que las niñas provocan a los adultos: Este mito está relacionado con la creencia machista y popular de que “los hombres no son de fierro” ya que les resulta muy difícil controlar sus impulsos relacionados a la sexualidad. Se trata de una excusa por parte del agresor el cual no reconoce su responsabilidad y la deposita en el otro; en este caso en la víctima la cual “lo provocó”.

Los mitos, juicios y prejuicios que rodean al ASI, como se mencionó anteriormente, condicionan la aproximación al problema como también dificulta su detección y su tratamiento. Es indispensable:

Promover la sensibilización social e incrementar el conocimiento sobre los abusos sexuales, para erradicar las falsas creencias sociales que están en la base de una visión distorsionada del problema que posibilita que las personas e instituciones lo nieguen o se inhiban ante él.

(Oviedo, 2012, p. 23.)

Detección del Abuso Sexual Infantil

La detección del ASI supone una problemática delicada y en parte, distinta a la detección de otros tipos de malos tratos, ya que en la mayoría de los casos, el abuso sexual sospechado en niños casi nunca deja pruebas irrefutables (Vázquez Mezquita, 1995), “en especial cuando las conductas sobre el o la menor no dejan huellas físicas” (Junta de Andalucía, 2014, p. 5).

Es sumamente importante porque cuanto antes se identifique el problema y se actúe lo antes posible, mejor será la elaboración del proceso traumático (Kolektiboa, 2016). Siguiendo a Intebi (2009) cuando la detección es precoz: “(...) se perciben las reacciones iniciales a la victimización, comportamientos y efectos que se producen como consecuencia directa de los episodios traumáticos (síndrome de estrés postraumático, trastornos en el desarrollo normal, emociones negativas y dolorosas, distorsiones cognitivas)”. (p. 69)

Para la detección, será elemental tener en cuenta las distintas dimensiones del problema y su interrelación, ya que no existe un único factor causal. Se deben observar factores de vulnerabilidad, de riesgo, y de protección desde una mirada específica para cada caso, analizando estos factores y determinando el abordaje más adecuado (Oviedo, 2012).

SAVE THE CHILDREN (2001) plantea que el abordaje para un problema con estas características ha de ser integral. Por esto, a la hora de detectar los casos, los profesionales no deben fijarse únicamente en las familias en riesgo o en aquellos factores que pueden llevar a sospechar, sino en la interrelación de los factores de riesgo y de protección, realizando una evaluación individualizada y de ser posible interdisciplinar.

En palabras de Kolektiboa (2016) detectar los casos de abusos es tarea complicada. Se pueden hacer por tres vías, en primer lugar, por la denuncia de testigos (prácticamente imposible dado al grado de privacidad y secretismo en que se producen), por revelación de la víctima (lo que ocurre en la mitad de los casos), con el inconveniente de que se trata de la palabra de un menor que a menudo se pone en cuestión. Y por último por sospecha, debido a la inespecificidad de todos los indicadores y todos los síntomas que pueden llevar a la conclusión de que el niño está siendo abusado.

La detección puede comenzar incluso antes de que se inicie la intervención; por una madre, abuela o niñera. Pero también puede comenzar por un hospital, una escuela: “ámbito privilegiado para la detección y revelación de las situaciones

(mediante el relato o la apreciación de signos y síntomas)” (Bentancor et al., 2013, p. 35), o un consultorio psicológico. Es decir, de la mano de personas que aunque no trabajen de manera específica y directa en la temática, tengan indicios de que está ocurriendo abuso sexual (Baita & Moreno, 2015).

Es necesario que los y las profesionales tengan información sobre: los indicadores que han de hacer sospechar sobre un posible ASI, las características del abusador y de los miembros de la familia, los factores de riesgo y protección, y las consecuencias que produce (Oviedo, 2012).

Indicadores para su detección

Los indicadores que muestra un niño o niña que han sido o son víctima de ASI pueden coincidir con cuadros psicopatológicos de la infancia, lo que supone uno de los grandes problemas en la detección. Por este motivo es necesario conocerlos para realizar un diagnóstico diferencial y evaluarlos de forma global (Rivera, 2012) y conjunta ya que no se puede establecer una relación directa entre un sólo síntoma y el abuso (Soria & Hernández, 1994).

Según Intebi (1998) los indicadores físicos y psicológicos están estrechamente vinculados. Lo que diferencia a uno y a otro es que los psicológicos no requieren de un profesional experto que los detecte, ya que pueden ser distinguidos por cualquier persona que esté en contacto con el niño.

Indicadores psicológicos específicos: éstos son sugeridos por Sgroi et al. (citados en Intebi, 1998) y comprenden: conductas agresivas, indicios de actividades sexuales, juegos sexuales inadecuados y persistentes, comprensión detallada e inapropiada para la edad de comportamientos sexuales, dificultad para entablar amistades, desconfianza (sobre todo hacia figuras significativas), dificultades en el ámbito escolar (falta de participación, dificultades para concentrarse, disminución brusca del rendimiento académico), fugas del hogar, conductas regresivas, retraimiento entre otros. Estos indicadores reflejan las posibles modalidades de reacción de las víctimas, y da pautas de los intentos de defensa y de adaptación que puede utilizar el niño.

No todos los niños reaccionan de igual manera frente a una situación abusiva, como plantea Intebi (1998) hay niños que logran externalizar con mayor facilidad el impacto emocional que les produce dicha situación, mientras a otros se les dificulta externalizar y revierten el impacto traumático sobre ellos mismos.

Los indicadores físicos: son de difícil detección ya que no es habitual que el ASI deje lesiones físicas. Intebi (citado en Recoba, 2016) explicita que estos se clasifican en: específicos, directamente vinculado con el abuso sexual; e inespecíficos que pueden estar presentes en otros cuadros y no exclusivamente en el abuso. Estos abarcan: lesiones en zona genital y/o anal, sangrado, infecciones genitales o de transmisión sexual, embarazos.

Indicadores comportamentales: incluye pérdida de apetito, llantos frecuentes, miedo a estar solo/a, cambios bruscos en la conducta, aislamiento, fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama), agresividad, autolesiones, etc. (Echeburúa & de Corral, 2006). Además la presencia de conductas hipersexualizadas y/o autoeróticas infrecuentes como: masturbación compulsiva, conductas sexuales inapropiadas, sexualización precoz; juegos sexuales tempranos acompañados de un alto grado de curiosidad sexual (Intebi, 2011). Las conductas sexualizadas es uno de los problemas más frecuentes en víctimas de ASI, “siendo tomada habitualmente como un indicador de marcada fiabilidad para su detección” (Pereda, 2009, p. 138).

En otros casos, según Kempe & Kempe (1998), hay niños que no presentan ningún síntoma aparente y funcionan como sobreadaptados desarrollando una personalidad “como si”. Sin embargo Kendall-Tackett et al. (citados en Pereda, 2009) plantean que este tipo de víctimas podrían llegar a presentar problemas posteriores, configurando los llamados efectos latentes del ASI.

Es necesario aclarar que ninguno de éstos indicadores basta por sí mismos para asegurar que se está frente a un caso de ASI (Mujica & Ibieta, 2012). En este sentido, los signos y síntomas ya mencionados son señales de alerta, “que pueden manifestarse en diferentes problemáticas, por tal motivo los responsables del cuidado de los menores, deben poseer ciertos conocimientos acerca de las señales de abuso y su significación, para poder sospechar que el niño es víctima” (Hernández et al., 2012, p.164).

Víctimas de Abuso sexual en la infancia: factores de riesgo

Niños y niñas, por su condición de tales, son vulnerables al abuso sexual. Sin embargo no todos son víctimas concretas de ASI. Algunas características favorecen a que algunos niños/as y no otros/as sean abusados/as sexualmente (Baita & Moreno, 2015).

Un factor relevante es el sexo de la víctima; todas las investigaciones coinciden en que mayoritariamente pertenecen al sexo femenino. Finkelhor (1980) plantea que una de cada tres mujeres ha sido o será abusada sexualmente por un miembro de su familia, o algún allegado, antes de cumplir los dieciocho años. Los estudios realizados por este autor confirman que el riesgo es mayor para las niñas, con un promedio de 2,5 a 4 niñas victimizadas por cada varón.

Cantón & Cortés (2003) manifiestan que para explicar las tasas superiores de prevalencia del ASI entre las niñas, se ha sugerido que éstas sufren realmente más abusos sexuales que los niños o que el abuso sexual sufrido por los varones se oculta más, y por lo tanto se denuncia menos.

A los niños, jóvenes como adultos del género masculino les resulta más dificultoso hablar de su victimización debido a la presión del modelo de masculinidad relacionado con la fuerza física y además por las expectativas sociales de que un varón deberá cuidar de sí mismo y defenderse sólo (Intebi, 1998). Según Echeburúa & de Corral (2006) hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar (incesto) y un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar (pederastia).

Con respecto a la edad, se sabe que cuanto menor es el niño, mayor es el riesgo que corre de ser maltratado (Baita & Moreno, 2015) a causa de la relación de dependencia que tiene con un adulto, “la dependencia genera vulnerabilidad y la dependencia emocional genera una vulnerabilidad mucho mayor aún” (Baita et al., 2008, p.44)

Finkelhor (citado en Intebi, 1998) plantea que los niños son vulnerables a cualquier edad, y a pesar de la amplia gama de edades en que ocurren los ASI, se asume que en las niñas se da durante el comienzo de la pubertad; al volverse más atractivas para los adultos.

Loureiro (2003) por su parte, manifiesta que la edad promedio en que los niños son abusados sexualmente, es alrededor de los once años pero también es habitual que niños menores de tres años sean abusados. “Los datos sobre niños menores resultan de difícil obtención, pues, a medida que descendemos en edad, lo habitual es que los abusos no puedan ser reconocidos como tales por quienes los padecieron o que ni siquiera los recuerden” (López Sánchez, 1999, p.40).

Otro grupo de riesgo lo constituyen los niños con necesidades especiales, particularmente aquellos que presentan una discapacidad intelectual; pues dependen de sus cuidadores presentando mayor sumisión. Además tienen mayor confianza hacia personas desconocidas, menor discriminación de conductas abusivas y carencia de educación sexual (Unicef, 2011). El ASI hacia “las personas con discapacidad intelectual es hasta diez veces más frecuente que el de cualquier otro colectivo” (Recio et al, 2013, p. 9)

Madansky (citado en González-García & Carrasco, 2016) expresa que los niños con trastornos asociados a alguna dificultad en el lenguaje, también han resultado un factor de riesgo, ya que “es más fácil que estas personas no hablen ni cuenten nada” (Casella, 2016, p.23) respecto al acto abusivo.

Las prácticas de crianza que se traducen en desamparo afectivo del niño, “así como el abandono emocional y físico de los cuidadores principales” (Aguilar, 2009, p.226), constituyen factores de riesgo. “Niños previamente victimizados, aislados, abandonados y en busca de afecto y reconocimiento, son fuertemente susceptibles a los abusos” (Vázquez Mezquita, 1995, p.28). Asimismo pertenecer a familias monoparentales, padres divorciados conflictivamente (Pelaia, 2010), la convivencia con figuras masculinas sin vínculo de parentesco, “pero también de otros familiares como tíos o abuelos” (Pereda & Abad, 2012, p.22), relaciones maritales o violencia familiar, roles parentales difusos, ausentes o desdibujados, además de ser hijo de madre menor de edad (González-García & Carrasco, 2016) han de ser un riesgo para la victimización sexual infantil.

La disfunción familiar no sólo aumenta el riesgo de que se produzcan abusos sexuales intrafamiliares, sino que también acentúa sus efectos una vez producidos (Cantón-Cortés & Cortés, 2015). Los niños objeto de abusos sexuales padecen un mayor nivel de estrés, al existir un funcionamiento familiar negativo, más conflictos y menos cohesión (Cantón & Cortés, 2003).

Los niños en situación de pobreza, con carencias materiales y afectivas; que viven en condiciones que pueden venir asociadas a la falta de medios económicos, como pueden ser: vivir en la calle, pasar mucho tiempo solos y falta de acceso a los recursos sociales (Rivera, 2012) están “expuestos con más facilidad a condiciones en los que ni su seguridad ni su bienestar están salvaguardados” (Kolektiboa, 2016, p.19).

En cuanto a la personalidad de las víctimas, generalmente los abusadores sexuales escogen niños que no opondrán resistencia ni revelarán los contactos sexuales fácilmente. Puede tratarse de niños con una personalidad más retraída, que se muestran solitarios e introvertidos por problemas familiares, que se hallan

atravesando un período complejo, con escasa posibilidad de acceder a adultos confiables (Intebi, 1998). Se enfocan en aquellos “con rasgos sumisos, poco asertivos, extremadamente tímidos, lábiles y fácilmente manipulables” (Baita & Moreno, 2015, p.92).

Sentimientos de las víctimas

El ASI provoca sentimientos que son como “un torbellino que atormentan a la criatura en una experiencia imposible de transmitir” (Volnovich, 2002, p.39).

Existen diversos motivos por los cuales el menor oculta lo que está atravesando; uno de ellos es el temor a no ser creído, junto con el miedo a destrozar a la familia o a las represalias del agresor (Echeburúa & de Corral, 2006). “Muchos casos no son revelados por el miedo que el niño/a siente frente al abusador, el que le hace difícil romper el silencio impuesto por el agresor” (Mujica & Ibieta, 2012, p.20).

Los niños víctimas de ASI quedan atrapados en un círculo vicioso donde la rabia frente a lo vivido circula interna y externamente (Barudy & Dantagnan, 2005).

Además presentan sentimientos de angustia, ambivalencia y confusión. La ambivalencia está determinada, al niño ver que la misma figura que abusa de él, lo maltrata y lo pone en riesgo, en ocasiones también lo ayuda, le enseña y lo educa. Esto lo lleva a confusiones severas, al no saber realmente que rol cumple esa persona e incluso no sabe cuál es el papel que el mismo desempeña (Recoba, 2016). El miedo, la angustia y la ambivalencia anestesian sus sentimientos y emociones, paralizando su capacidad de actuar (Bentancor et al., 2013).

Asimismo les invade un sentimiento de culpa y vergüenza. La culpa puede referirse a diversas cuestiones: la asunción de la responsabilidad de los abusos (“yo habré hecho algo mal”), el ocultamiento y mantenimiento del secreto, y cierto disfrute por la obtención de algún tipo de privilegios (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2011). Esto, unido al sentimiento de vergüenza por haber sido objeto de conductas tildadas como pecaminosas, sucias y vergonzosas explica por qué un tercio de los menores no revela jamás lo que le ha sucedido (López Sánchez, 1999).

El abuso aniquila las fuerzas y la seguridad de los niños desde muy temprano. La vergüenza crece y la intimidación es enorme. Entonces ella o él se sienten cada vez más indefensos, vulnerables, solos, impotentes; creen que nunca podrán liberarse y dejan de pensar en que tienen alguna salida. También se sienten culpables y se odian. (Batres et al., 2002, p.33)

Síndrome de Acomodación

Normalmente, cuando alguien agrede la integridad corporal de una persona, la reacción consiste en alejarse y defenderse inmediatamente. Pero en el ASI, el menor asimila un esquema que no logra acomodar a su estructura mental, y cuando este abuso se da por un largo período, y en ocasiones combinados con agresión, la estructura cognitiva del niño hace que este se acomode a las experiencias estresantes mediante comportamientos que le permiten sobrevivir (Raygoza Díaz, 2009).

La víctima no se defiende, no protesta y no denuncia, por el contrario, se acomoda a las experiencias traumáticas. Sin embargo, esta adaptación es un arma de doble filo en el momento en que se devela el abuso ya que, a la larga, socava la eventual aceptación, la credibilidad y la empatía del resto de la sociedad. Intebi (citado en del Valle, 2010).

El psiquiatra estadounidense Ronald Summit fue quien describió en los años 80 lo que denominó “síndrome de acomodación al abuso sexual infantil” (SAASI) (Intebi, 2011), e intenta explicar por qué las víctimas de ASI podrían estar renuentes a develar lo sucedido (Summit, 1983). Este modelo consta de cinco categorías, donde dos de las cuales se constituyen como precondiciones para la ocurrencia de la agresión sexual, y las categorías restantes son contingencias secuenciales (Summit, 1983).

- 1) El secreto: los niños mantienen el secreto por temor, vergüenza y culpa. Tienen miedo al castigo y a la desaprobación por parte de sus progenitores, pero sobre todo temen a la ruptura y pérdida del hogar (de Kuitca, 2000). El secreto puede ser impuesto de manera sutil o amenazadora, pero independientemente de cómo se lleve a cabo, el menor entiende que es algo malo y peligroso. Merini (2007) describe el secreto como una de las principales razones por las cuales existe una gran cifra negra entorno al Abuso Sexual Infantil.
- 2) La desprotección: dentro de las relaciones autoritarias existe la indefensión y subordinación por parte del niño, el hecho de que el adulto ocupe una posición de autoridad y confianza para la víctima sólo logra intensificar la desigualdad de poder (Summit, 1983). “No hay mayor desprotección que la de ser abusado por las personas de las cuales se espera protección” (de Kuitca, 2000, p.361).
- 3) Atrapamiento y Acomodación: (también llamado entrampamiento), se produce en aquellos casos donde los actos abusivos son reiterados (López, 2014b). Los niños, al verse atrapados en una situación que parece sin

escapatoria, donde se sienten indefensos, aprenden a acomodarse ante la situación abusiva, siendo esta vía la única alternativa disponible (Gutiérrez & Steinberg, 2012). Es decir, aprenden a aceptar la situación y a sobrevivir a ella (Paine & Hansen, 2002).

- 4) Revelación tardía, conflictiva y poco convincente: es muy difícil que los niños hablen, sobre todo si el abuso es familiar, y si hablan no se les cree (Rozanski, 2010). La revelación es una consecuencia o: de un conflicto familiar impetuoso, descubrimiento accidental por un tercero, el resultado de la educación de la comunidad o de un profesional que ha indagado adecuadamente (Losada & Saboya, 2013).
- 5) La retracción: "...es probable que cualquier cosa que un niño diga acerca del abuso, lo revierta" (Summit, 1983, p.39). Lo que el abusador dijo al menor para mantener el secreto, parece cumplirse ahora ya que no se le cree e incluso, en ocasiones, se lo intenta callar, es aquí donde comienza la etapa de retracción. A menos que haya un apoyo especial para él y una intervención inmediata, para exigir la responsabilidad del abusador, el niño seguirá el curso de su vida y retractará sus dichos (Losada, 2011).

Pocos intentan entender la manera característica en que los niños se acomodan a los abusos repetidos; les resulta más sencillo encerrarse en el prejuicio y en el rechazo. Es esencial comprender el síndrome, para comprender la propia estigmatización de las víctimas (del Valle, 2010).

Abusadores sexuales infantiles: Perfil

Dado que no existe un perfil único para los abusadores sexuales, resulta conveniente hablar de características comunes y factores asociados (Rodríguez-Padilla & Banquero-Cantor, 2014). Es importante pensar, en lo engañoso que puede ser crearse un estereotipo de la persona abusadora. Si bien contar con un perfil claro del agresor sería tranquilizador, no se puede desconocer que los mismos movilizan ideologías y que reducir la figura del abusador a un solo perfil, implicaría simplificar la temática (González et al., 2004).

Siguiendo en esta línea, Lorente et al. (citados en Valenzuela, 2010) plantean que cualquier sujeto podría cometer un abuso sexual en contra de un niño o niña ya que no existe ningún dato específico ni típico respecto a la personalidad de los abusadores. Se trata de un grupo heterogéneo en el que no existe un tipo único.

Existen determinadas características del adulto que lo tornan más propenso a cometer tales actos. Como primer hecho que avalan todas las estadísticas, se encuentra que un gran porcentaje de los abusadores fueron abusados en su infancia, lo que no significa que todos los niños abusados configuren un potencial abusador (López, 2005). En palabras de Salazar et al. (2007) “no todos los agresores sexuales necesariamente han sido víctimas también de abuso sexual pero gran parte han sufrido maltrato físico y/o emocional” (p.31).

El género y la edad son dos características comunes a tener en cuenta (Larrotta & Rangel-Noriega, 2013). Lo que refiere al género, en todos los estudios se hace evidente que los agresores son casi siempre varones (López Sánchez, 1999, p.57) entre el 90% al 95% (Intebi, 1998). Esto permite afirmar que el ASI se da en una sociedad patriarcal “lo que no quiere decir que todos los hombres estereotipadamente patriarcales sean ofensores” (Batres et al., 2002, p. 31) pero sí donde la figura masculina es reconocida por tener el privilegio de posesión, no sólo de las mujeres, sino también de los niños, niñas y adolescentes (Unicef, 2011).

Habitualmente son mayores que el abusado, sin presentar ningún tipo de empatía por los niños y creen que lo que están haciendo no está mal. La poca conciencia que poseen sobre sus malos actos muchas veces se intensifica por el consumo de alcohol u otras drogas (Figuro & Ortiz, 2005).

La edad en que se exterioriza con más frecuencia es en la etapa media, aproximadamente entre los 30 y los 50 años (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005). Generalmente, los ancianos no se ven involucrados en protagonizar este tipo de actos (López Sánchez, 1999).

La relevancia de los delitos sexuales cometidos por adolescentes ha quedado demostrada en diversos estudios, en los que se ha encontrado que entre el 30% y el 50% de los abusos sexuales a niños son cometidos por menores (Benedicto et al., 2017).

Características

Una característica de suma importancia es que el abusador se ve excitado sexualmente ante menores de edad, y desea actuar impulsado por esa excitación. Algunos perpetradores concentran su atención en niños de determinada edad o de un sexo en especial, otros, simplemente se ven excitados en ciertas circunstancias (Figuro & Ortiz, 2005).

Respecto a la apariencia, la mayoría de ellos se hallan integrados a la sociedad. Poseen trabajo, familia, hasta pueden llegar a formar parte de entidades comunitarias realizando muchas veces labores vinculados a la infancia (sacerdotes,

educadores). Han aprendido a ocultar la desviación de su objeto sexual (Pelaia, 2010). “Algunos tienen una “máscara simpática” y buscan aparecer agradables frente a los demás, son encantadores y nadie dudaría de ellos, muchas veces inclusive tienen características de líder en la comunidad” (Salazar et al., 2007, p. 32).

Suelen estar casados y habitualmente son familiares o allegados de la víctima, lo que le permite un fácil acceso al niño, con quien suelen tener un vínculo de confianza anterior al incidente sexual (Posada & Salazar, 2005).

Según Ortiz et al. (2002) los abusadores suelen tener dificultades en sus relacionamientos interpersonales (los cuales son poco permanentes, deficitarios y preservados por conveniencia), buscando ser aceptados por los demás pero sienten un intenso miedo al rechazo lo cual los lleva a distanciarse de sus iguales para evitar el desprecio y humillación, la cual suponen. Además, tienen dificultades para asumir roles maduros e independientes.

En general son personas tímidas con baja autoestima, sienten que no valen, y no confían en ellos mismos, aunque algunos pueden aparentar tener una autoestima alta; siendo dominantes, activos, fuertes y autosuficientes (Salazar et al., 2007).

Castro et al. (citados en Larrotta & Rangel- Noriega, 2013) plantean que determinados estados de ánimo como la depresión, la ira, la ansiedad, o la sensación de soledad incrementan las tendencias desviadas de estos sujetos.

A nivel cognitivo, estos sujetos presentan pensamientos distorsionados “que no se corresponden con la realidad, formando imágenes equivocadas de una situación” (Castro et al., 2009, p.156). Estas distorsiones cognitivas son declaraciones que excusan, explican, justifican y minimizan la gravedad del comportamiento abusivo (Cepeda & Ruíz, 2016).

Ward et al., (1995) mencionan que los ejemplos más frecuentes de distorsiones cognitivas de abusadores sexuales incluyen frases de tipo: “los niños disfrutaban del contacto sexual con otro adulto”, “el sexo es bueno para los niños”, “las necesidades de los hombres son más importantes que la de los niños” y “los adultos pueden hacer lo que quieran con los pequeños”.

Comúnmente se escucha decir que los abusadores sexuales son personas que presentan trastornos psicológicos (Rodríguez-Padilla & Baquero-Cantor, 2014). Lo cierto es que indudablemente hay algo que no está sano en ellos, pero en su mayoría no presentan ningún tipo de patología que los conduzcan al acto abusivo (Casas, 2003), esto significa que son plenamente conscientes y responsables de sus actos (Intebi, 2011). Ya han calculado y planificado su aproximación a los niños, empleando una estrategia elaborada de implicación (Cantón & Cortés, 2003).

Por lo tanto estamos ante una persona manipuladora, calculadora, que infringe las normas sociales y que actúa de manera correcta y esperable frente a los demás (Piña, 2016).

En ellos se pueden observar mecanismos de defensa como la negación (“yo no hice eso”), proyección (“ella me sedujo”), racionalización (“si no se quejó fue porque le gustó”), minimización (“era sólo un juego”) y parcialización. En caso de admitir lo que han hecho, buscan inmediatamente justificarse, “y como estrategia para mitigar el castigo aclaran que no han recibido satisfacción sexual” (Lago & Céspedes, s/f, p.19).

Clasificaciones

Para exponer las clasificaciones de los abusadores sexuales se articularán los aportes de Intebi (1998) y los de González et al. (2004) ya que coinciden y se complementan entre sí. Estos dividen a los agresores según: sus inclinaciones, la exclusividad de atracción, según la edad y el sexo de las víctimas y según el estilo de conducta abusiva.

Tomando como referencia la inclinación sexual del abusador se clasificó en dos grupos: extrafamiliares o paidofílicos e intrafamiliares o endogámicos incestuosos. Los primeros centran sus intereses, impulsos y fantasías en niños/as menores de 13 años. No manifiestan haber tenido relaciones sexuales adultas de manera exitosa. Son generosos y a menudo suelen estar atentos a las necesidades del niño con la finalidad de ganar su cariño y asegurar que guarden el secreto. Son solitarios con tendencia a aislarse, temen expresar su enojo y tienden a caer en gracia a los demás. Se preocupan de que los contactos sexuales sean placenteros para los menores como para ellos mismos.

Los segundos dirigen sus intereses sexuales hacia las niñas de su familia. Se muestran mejor adaptados a la sociedad, logrando mantener una fachada intachable. Estas personas no temen manifestar la ira y pueden tornarse violentos, siendo precisamente la ira el motivo central del abuso.

Una segunda clasificación se basa según la exclusividad de la atracción por los niños, pudiendo ser: paidofílicos exclusivos; atraídos solamente por niños, o paidofílicos no exclusivos; los cuales se encuentran atraídos por niños y adultos.

Según la edad de las víctimas los autores lo agrupan en: paidofílicos propiamente dichos y hebefílicos. Los primeros optan por niños pre-púberes sin capacidad orgásmica, sin distinción en cuanto al género, estos sujetos presentan rasgos de inmadurez e inadecuación. Los hebefílicos se inclinan a púberes o adolescentes capaces de experimentar orgasmos. El objetivo de sus acercamientos

sexuales es mantener una relación sexual, por lo tanto catalogan sus comportamientos como “romances” y necesitan la participación como también la reciprocidad del menor. Asimismo estos se presentan más adaptados socialmente. En cuanto al sexo de las víctimas; pueden atraerse sexualmente por: hombres, por mujeres o atracción sexual por ambos.

Según el estilo de la conducta abusiva se separan en fijados y regresivos. Los primeros poseen preferencias sexuales casi exclusivas hacia los niños, instaladas desde la adolescencia. Presentan una compulsión crónica y repetitiva a hacerlo, son planificados y premeditados. En general, son hombres solteros con escasos contactos sexuales con sus pares y su inclinación está dirigida hacia varones. El trato abusivo les da la ilusión de amar y ser amados por alguien poco exigente.

Los abusadores regresivos presentan un desarrollo normal de su sexualidad, se muestran orientados hacia sujetos sexuales de su misma edad. La necesidad de abusar de menores y seducirlos sexualmente se genera por deterioro de sus relaciones conyugales o por experiencias traumáticas. “Ante situaciones de stress esta orientación se modifica de manera transitoria y episódica llevándolos a involucrarse en actividades sexuales con menores” (Intebi, 1998, p.114).

Generalmente su acercamiento a la víctima es más bien impulsivo y no premeditado. Y suelen admitir que sus conductas son incorrectas, manifestando sentimientos de culpa.

López Sánchez & Arnáez Fadrique (citados en Ulloa, 2000) plantean que estos últimos dos grupos, en general, no utilizan la violencia física para lograr el sometimiento de la víctima, sino que sus métodos consisten en la coacción psicológica mediante el engaño, la seducción, la persuasión y la manipulación.

Por otro lado, existe un grupo que sí utiliza la violencia para someter al menor, ya que la gratificación sexual la obtienen mediante el sufrimiento del niño (sadismo); denominados agresivos. Estos son responsables de lesiones y muertes, presentando graves características psicopáticas, “(...) traen ya consigo una conflictiva sexual. Su personalidad se caracteriza por una acentuada inmadurez emocional, habiendo un desequilibrio afectivo que se proyecta en las conductas repetitivas” (Burgos, 2009, p.20). Es preciso aclarar, que estos sujetos corresponden a un grupo minoritario dentro de los abusadores sexuales infantiles.

Consecuencias del Abuso Sexual Infantil

“Los efectos psicológicos del ASI son imposibles de medir, enormes y de una dimensión extraordinaria”
(Rozanski, 2010, p.7).

Los impactos del ASI en los niños y niñas son muy variados. En determinados casos actúan como hechos traumáticos, provocando daños considerables; en otros quedan huellas, cicatrices que pueden tener sus consecuencias en el relacionamiento y personalidad de la víctima; otras veces se vive como una experiencia negativa pero sin mayores consecuencias (Peroni & Prato, 2012). Esto significa que la gravedad de los impactos depende de: el perfil individual del niño, en cuanto a edad, sexo y contexto familiar; las características del acto abusivo (frecuencia, severidad, existencia de violencia o amenazas, cronicidad); la relación existente con el abusador y las consecuencias asociadas al descubrimiento del abuso (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

El ASI provoca numerosas secuelas en las víctimas, a nivel físico, psicológico y comportamental. Las mismas se pueden distinguir entre consecuencias a corto y largo plazo (Villanueva, 2013).

Consecuencias a corto plazo

Los efectos a corto plazo afectan a la mayoría de las víctimas (aprox. al 70%), en estos, no hay dudas que se establece una relación causa-efecto (Volnovich, 2002). Son aquellos que aparecen inmediatamente después que el niño ha sufrido el abuso, en los primeros días, meses e incluso durante los dos años siguientes. López Sánchez (citado en Pelaia, 2010).

Finkelhor (1990) investigó sobre las consecuencias a corto plazo que se pueden presentar en un niño o niña con experiencia de abuso, en el área: física, conductual, emocional, sexual y social.

Dentro de las consecuencias que se manifiestan en el área física se encuentran: pesadillas y problemas de sueño, cambios en los hábitos alimenticios y pérdida de control de esfínteres. En cuanto a las conductuales, se observan el consumo de drogas y/o alcohol, fugas, conductas autolesivas o suicidas, hiperactividad y bajo rendimiento académico. En los impactos emocionales se presenta el sentimiento de miedo generalizado, hostilidad y agresividad, aislamiento, ansiedad, depresión, rechazo al propio cuerpo, desconfianza y rencor hacia los adultos y síndrome de stress postraumático. Lo que se refiere a las consecuencias en el área

sexual se manifiesta el conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad, la masturbación compulsiva y problemas de identidad sexual. Y en los efectos sociales se encuentra el déficit en habilidades sociales, el retraimiento social y conductas antisociales.

En general, en las niñas se observan reacciones ansioso-depresivas y en los niños: fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, además estos tienen mayor probabilidad de exteriorizar problemas de comportamiento, por ejemplo: agresiones sexuales y conductas violentas (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005).

Escobar et al. (2013) plantean que el alcance del impacto psicológico dependerá del grado de culpabilización del niño/a, por parte de sus padres, así como las estrategias de afrontamiento que este disponga.

Consecuencias a largo plazo

Las consecuencias a largo plazo, “las cuales son más graves que las anteriores” (López, 2014a, p.10) son, comparativamente menos frecuentes y están más desdibujadas que las secuelas iniciales (López et al., 1995). Sin embargo, Barsky et al. (citados en Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005) manifiestan que la victimización infantil constituye un factor de riesgo importante de desarrollo psicopatológico en la edad adulta.

Se habla de efectos a largo plazo, cuando los mismos se presentan a partir de los dos años siguientes a la experiencia de abuso, observándose en un 20% aproximadamente de las víctimas de ASI (Rodríguez et al., 2012). Glaser & Wiseman (2000), consideran que estos pueden convertirse en consecuencias crónicas a lo largo de la vida, con períodos de funcionamiento adecuado y recaídas.

Diversos estudios registran que las consecuencias a largo plazo, se manifiestan de diferentes maneras comprometiendo distintas áreas como la psicológica, física, emocional, cognitiva, entre otras. Esta variabilidad en las consecuencias del ASI, dificulta determinar un síndrome específico para su detección, pero es innegable el sinfín de repercusiones negativas que atenta sobre la persona (De Joan, 2015).

Jumper (citado en Intebi, 2012) plantea que las consecuencias del ASI tienden a perdurar en el tiempo, lo que varía es el grado de las mismas. En cambio, Finkelhor (citado en Intebi, 2012) menciona que no necesariamente van a persistir consecuencias en la adultez, y en caso de que aparezcan, no se deben única y específicamente al ASI sino a la sumatoria de hechos adversos que ha sufrido la víctima.

En otras palabras, si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales tales como: el abandono emocional, el maltrato físico, una patología familiar grave, y el divorcio de los padres, el impacto psicológico a largo plazo del ASI puede llegar a ser pequeño (Echeburúa & de Corral, 2006).

Tanto las consecuencias a corto plazo como a largo plazo presentan efectos. Pereda (2010a) plantea que la vivencia de una experiencia estresante, como lo es el ASI, coincide con un período de alta configuración y plasticidad neuronal, pudiendo desencadenar consecuencias físicas graves. Se puede observar un aumento de la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardíaco e incluso la inhibición del sistema reproductivo y del crecimiento (Solano, 2004). Predominan dolores físicos, fatiga crónica idiopática, cefaleas, pequeñas infecciones, fibromialgias, así como también trastornos alimenticios (bulimia, anorexia). Asimismo pueden experimentar ataques de pánico, ansiedad generalizada, bajas defensas e incluso trastornos en el sueño (Gaxiola & Frías 2005). El diámetro transversal del himen está significativamente incrementado en niñas que han sufrido ASI, comparado con aquellas que no lo han sido. Las heridas profundas en el esfínter anal son diagnosticadas a causa de penetración con un objeto, siendo estos más largos que el propio esfínter. Sin embargo, estas heridas también pueden ser resultantes de un posible estreñimiento causado por el propio ASI, lo que también puede llevar a la aparición de fisuras anales (Johnson, 2004).

Estos síntomas físicos están relacionados con las dificultades de desarrollo y madurez de las víctimas. Se puede decir que el cuerpo está hablando, expresando aquello que no puede decir en palabras, o aún más, que no ha logrado encontrar representación para el sufrimiento vivido (de Agosta et al., 2009).

Respecto a la afección conductual, “son varios los trastornos cognitivos y conductuales que se pueden asociar al traumatismo generado por dicha situación” (Ifrán, 2014, p.11). Los mismos, se manifiestan en los intentos de suicidio, el consumo de drogas y el trastorno disociativo de identidad (Bolaños & Gálvez, 2008). Para Sarason (1996) estos trastornos producen alteraciones en las funciones de identidad, memoria y conciencia, y son empleados por aquellos que desean huir de una situación estresante como lo es el ASI.

En el plano emocional, se asocia la depresión, los trastornos de ansiedad y pánico, las fobias y especialmente el trastorno de estrés post traumático (Molnar et al., 2001). Dicho trastorno se manifiesta en aquellas personas que vivencian un acontecimiento catastrófico e inhabitual (Villanueva, 2013).

En las consecuencias a largo término respecto a el área sexual se presentan dificultades que van desde la extrema sexualización de la mayoría de sus relaciones, y

la disponibilidad para satisfacer a los demás hasta la presencia de bajo deseo sexual, anorgasmia, dolencias al mantener relaciones sexuales e impotencia (Salazar et al., 2007). Siguiendo a Mebarak et al. (2010) se relaciona al ASI con la compulsividad sexual, por lo tanto, existe mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades de transmisión sexual como el HIV.

Pereda (2010b) señala que las conductas sexuales promiscuas y de inicio precoz, en mujeres abusadas en la infancia, derivan en causales sexuales como la maternidad temprana, abortos e incluso la prostitución. También pueden presentar una tendencia a tener sentimientos de rechazo hacia los embarazos y estar más expuestas a experimentar depresión post-parto.

Jehu (1989), en un estudio sobre una muestra clínica de 50 víctimas de ASI, se encontró con que “el 58.8% tenían fobia o aversión por la relación sexual, mientras que el 58.8% presentaba insatisfacción, otro 56.9% motivación limitada, 40.0% déficit en la excitación, 45.1% déficit orgásmico, 27.4% dispareunia, 7.8% vaginismo y 78.4% algún tipo de disfunción sexual” (Ramírez, 2008, p.102).

Existen efectos a largo plazo que también afectan el área social y vincular de la persona. Se destaca la presencia de un mayor aislamiento y ansiedad social, menos cantidad de amigos y baja interacción social. También se observa un desajuste en las relaciones de pareja, con relaciones inestables y una evaluación negativa de las mismas (Rodríguez et al., 2012).

Suelen aparecer dificultades para comprender y satisfacer las necesidades de sus hijos, controlar impulsos y determinar la puesta de límites sin violencia (de Agosta et al., 2009).

Vitriol et al. (2007) destacan que otras de las consecuencias en relación a la problemática vincular es la transmisión transgeneracional e intergeneracional. Bentovim (citado en Villanueva, 2013) menciona que la violencia vivida en la niñez, en forma de abuso, se repite en la generación siguiente. Besoain & Santelices (2009) agregan que estos modelos se mantienen a lo largo del tiempo y continúan operando a nivel inconsciente, dirigiendo las respuestas afectivas y conductuales.

La revictimización es otra de las consecuencias a largo plazo. Maker et al. (citados en Rodríguez et al., 2012) entienden a la misma como la experiencia posterior de violencia física y/o sexual en víctimas de ASI, por agresores distintos al causante del abuso en la infancia.

Los efectos del ASI, mencionados anteriormente, constituyen un conjunto de síntomas que son consecuencias de la experiencia vivida. En relación a estos efectos,

determinados autores han realizado planteamientos en los que estas consecuencias conforman síndromes o traumas (Bolaños & Gálvez, 2008).

El término trauma proviene del griego “herida” que subyace a la idea de perforar (Real Academia Española, 2014). Calero (2012) explica al evento traumático como aquel que sobrepasa la capacidad de tolerancia de una persona para lidiar con una situación dada. Estos producen cambios duraderos y profundos, separando funciones que normalmente se encontraban integradas (Herman, 1992).

En el caso específico del ASI es el adulto quien perfora y rompe, lo que Tesone (2004) denomina “el envoltorio Yo-Piel del niño” provocando una vivencia traumática grave. Dados los efectos que les produce a los niños esta experiencia traumática, es imprescindible el apoyo por parte de los adultos referentes.

Ambiente familiar: importancia del apoyo de los progenitores

Edwards & Alexander (citado en Pereda, (s/f)) manifiestan que “la percepción de apoyo por parte de las figuras parentales aparece como una variable importante a tener en cuenta, considerándose indispensable para un correcto ajuste tanto a corto como a largo plazo en la vida adulta del niño víctima” (p.107). En contra de la creencia tradicional, la mayoría de los padres cree al niño y toman ciertas medidas para protegerlos (Elliott & Briere, 1994). En general cuanto más próxima sea la relación del perpetrador con la madre (marido, amante), mayor será la probabilidad de que el apoyo se vea en peligro ya que esta se siente atrapada en una situación conflictiva; en la que su deseo de proteger al menor choca con otras necesidades, lealtades y sentimientos (Cantón & Cortés 2003). Los niños más pequeños suelen ser creídos fácilmente y cuentan con mayor grado de apoyo (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2005). La sensación de ser creído en su testimonio y de sentirse protegido contribuye a su recuperación, por el contrario, poner en duda su relato ensombrece este proceso (Echeburúa, 2004). Una madre que no cree, que no se muestra receptiva y disponible, que no protege a su hijo/a, se convierte en un factor que agrava de manera significativa la situación (Sinclair & Martínez, 2006).

“(…) los efectos negativos de la experiencia abusiva se pueden ver amortiguados cuando la víctima vive en un hogar estable y cuenta con el apoyo de los miembros de su familia” (Cortés et al., 2011, p. 44)

Es necesario destacar que tras la experiencia del ASI, la familia entera se ve alterada y no sólo cada miembro aislado de la misma que precise tratamiento (Kempe & Kempe, 1998). Conviene que los padres afronten esta problemática con más eficacia que alarma, ese sería el mejor resumen de lo que se considera una reacción

adecuada, aunque por desgracia, hacen lo contrario: se alarman mucho, pero acaban silenciando los abusos (López Sánchez, 1999).

Conclusiones finales

Si bien a lo largo de la historia ha ido cambiando el lugar que han ocupado los niños en la sociedad, aún queda mucho camino por recorrer y sería necesario ahondar en cambios sociales y culturales, ya que el abuso sexual hacia los niños y niñas no ha cesado. Esta situación aberrante, chocante e impensable, traiciona la confianza del menor generando diversos sentimientos como: temor, angustia, confusión, culpa y vergüenza.

No cabe duda que el ASI condiciona la vida de las víctimas, a través de múltiples consecuencias que pueden ser visualizadas a corto y largo plazo. Las mismas, perturban el psiquismo en construcción del niño configurando de esta manera un trauma.

La manera en que el niño enfrenta el ASI va a depender de los mecanismos psicológicos que disponga así como del apoyo que le proporcionen sus cuidadores, después de producirse la revelación. Es importante para mitigar el desarrollo de síntomas en ese momento de crisis y en el futuro, ya que un verdadero respaldo puede hacer que las víctimas no se sientan condenadas, aisladas y estigmatizadas.

Este trabajo reflexiona sobre el papel de la prevención en esta temática, y considera que es necesario mejorar las herramientas de detección, es decir; optimizar la comunicación y facilitar el diálogo entre los niños y aquellas personas responsables de su educación como padres y educadores.

En aquellas situaciones donde ya se detectó el ASI, se considera necesario buscar apoyo terapéutico para la víctima como para la familia afectada, asimismo, en lo personal, estimo que los agresores también deberán recibir ayuda.

En definitiva, el fin sería lograr una intervención eficaz en la detección, diagnóstico y tratamiento del niño/a abusado/a. Y por otro lado, contribuir a la disminución de la repetición transgeneracional del ASI.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, M. (2009). Abuso sexual en la infancia. 27: pp. 210- 240. Recuperado de: <http://file:///C:/Users/user/Downloads/118031-468131-1-PB.pdf>
- Alonso, J.M., & Val, A. (2000). *Definiciones y características de los malos tratos infantiles*. Barcelona.
- Álvarez, M.N. (2016). *Abuso Sexual Infantil. Indicadores presentes en Técnicas Proyectivas Gráficas*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/entrega_final_-_tfg_-_michaela_alvarez_1.pdf
- Amorín, D. (2008). Algunas consideraciones sobre la historia de la psicología evolutiva. En: Amorín, D. (2008). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Montevideo: Psicolibros.
- Ariés, P. (1960). El descubrimiento de la Infancia. En: Ariés, P. (1960). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid, España: Ed. Taurus. Recuperado de: http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/El_nino_y_la_vida_familiar.pdf.
- Baita, S. & Moreno, M. (2015). *Abuso Sexual Infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Uruguay: Unicef. Recuperado de: <http://www.unicef.org/uruguay/spanish/AbusoSexualInfantildigital.pdf>
- Baita, S., Moreno, P., Rozanski, C., Visir, P., & Volnovich, J. (2008). El relato de los niños, niñas y adolescentes desde la perspectiva psicotraumatológica. En: *Jornadas de intercambio interdisciplinario sobre abuso sexual a niños, niñas y adolescentes*. Montevideo: Unicef. Recuperado de: http://pmb.aticounicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=94
- Barrán, J. P. (2004). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Tomo II. El disciplinamiento. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, S.R.L.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. España: Paidós.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Batista Gotta, M., Lacasa López, C., & Navarro, G. (s, f). *Maltrato y abuso sexual en la infancia y adolescencia*. Red uruguaya contra la violencia doméstica y sexual (RUCVDS). Recuperado de: <http://www.violenciadomestica.org.uy/.../Lib2%20Maltrato%20y%20Abuso-L.pdf>.

- Batres, G. et al. (2002). *Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes: propuestas de intervención*. Montevideo: Oficina de Bice.
- Benedicto, C., Roncero, D., & González, L. (2017). Agresores sexuales juveniles: tipologías y perfil psicosocial en función de la edad de sus víctimas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27: pp. 33-42. Recuperado de: file:///C:/Users/user/Downloads/S1133074016300198_S300_es.pdf
- Bentancor, G., Lozano, F., & Morales, M. (2013). *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar*. Montevideo: Unicef. Recuperado de: https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Mapade_ruta.pdf
- Besoain, C. & Santelices, M.P. (2009). Transmisión Intergeneracional del apego y función reflexiva Materna: Una revisión. *Terapia psicológica*, 27 (1): pp. 113-118. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000100011
- Bolaños, L. & Gálvez, G. (2008). *Consecuencias del abuso sexual en el rendimiento académico, el desarrollo afectivo y las relaciones interpersonales de cuatro jóvenes estudiantes de dos escuelas públicas*. (Maestría en psicopedagogía). Universidad estatal a distancia. Recuperado de: <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1526/1/Consecuencias%20%20del%20abuso%20sexual%20en%20el%20rendimiento%20acad%C3%A9mico.pdf>
- Burgos, A. (2009). El ofensor sexual y su abordaje psicológico forense en Costa Rica. *Revista digital de la Maestría en Ciencias Penales de la Universidad de Costa Rica*, (1): pp. 249-282. Recuperado de: <file:///C:/Users/user/Downloads/12631-20576-1-SM.pdf>
- Cacciatori, A. (2015). *Madres frente al problema del abuso sexual. Ideas y representaciones acerca de la representación, la ambivalencia y la culpa*. (Magister en Psicología Clínica). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/8334/1/Cacciatori%20%20Analia.pdf>
- Calandrello, A. (2015). *Agresores sexuales infantiles: La Cultura y la Maldad*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de:

http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_antonella_calandrello.pdf

- Calero, M. (2012). Policlínica para el tratamiento del trauma. Recuperado de: <http://revibapst.com/data/documents/POLOCLINICA.pdf>
- Cantón, J. & Cortés, M.R. (2003). *Guía para la Evaluación del Abuso Sexual Infantil*. Madrid: Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- Casas, A. (2003). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes? En: *La protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a la violencia sexual*. Instituto Interamericano del niño. Montevideo: Publicaciones IIN. Recuperado de: <http://www.jeanyveshayez.net/mm12/mm12-27.htm>
- Casella, A. (2016). *Abuso Sexual Infantil: Dimensiones del problema y su detección*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/8551/1/Casella%2C%20Adriana.pdf>
- Castro, M.E., López-Castedo, A., & Sueiro, E. (2009). Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. *Anales de psicología*, 25 (1): pp. 55-51. Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v25/v25_1/05-25_1.pdf
- Cepeda, Z.Y. & Ruiz, J.I. (2016). Distorsiones cognitivas: diferencias entre abusadores sexuales delincuentes violentos un grupo control. *Revista Criminalidad*, 58 (2): pp. 141-156. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v58n2/v58n2a05.pdf>
- Cortés, M.R., Cantón-Cortés, D., & Cantón, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Behavioral Psychology/ Psicología conductual*, 19 (1): pp. 41-56. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/341435021/Cortes-Canton-2011-Consecuencias-a-Largo-Plazo-Del-Abuso-Sexual-Infantil-Rev-Psicologia-Conductual>
- De Agosta, C.B., Barilarí, Z., & Colombo, R.I. (2009). *Abuso y maltrato infantil*. Inventario de freses revisado (IFR) 2da. Edición: Cauquen editorial.
- De Joan, G. (2015). *Consecuencias a largo plazo del Abuso Sexual Infantil en mujeres atendidas en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Un estudio en la ciudad de Maldonado-Uruguay*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/5789/1/De%20Joan%2c%20Germaine.pdf>

- De Kuitca. (2000). Violencia familiar y Abuso Sexual infanto-juvenil. *Revista de psicoanálisis APdeBA*, 22 (2): pp. 345-373. Recuperado de: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/022000kuitca.pdf>
- Del Valle, M.M. (2010). *Evaluación de indicadores de abuso sexual infantil en técnicas proyectivas gráficas (HTP y dibujo de la figura humana)*. (Trabajo Final de Grado). Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología. Mendoza. Recuperado de: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/206/tesis-964-evaluacion.pdf
- deMause, L. (1982). *Historia de la Infancia*. Madrid: Ed. Alianza.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un Trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. & de Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad med forense*, 12 (43-44): pp. 75-82. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2005). *Abuso Sexual En la Infancia: víctimas y agresores un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel, S.A.
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology/ Psicología conductual*, 19 (2): pp. 469-486. Recuperado de: <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/asi.pdf>
- Elliott, D.M. & Briere, J. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The future of children*, 4 (2): pp. 54-70. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/15393977_Immediate_and_Long-Term_Impacts_of_Child_Sexual_Abuse
- Escobar, M., Hernández, C., & Jiménez, F. (2013). *Efectos psicológicos a largo plazo en mujeres abusadas sexualmente antes de su adolescencia, residentes del área metropolitana de San Salvador*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de el Salvador, Facultad de Ciencias y Humanidades. San Salvador. Recuperado de: <http://ri.ues.edu.sv/3839/1/Efectos%20psicol%C3%B3gicos%20a%20largo%20plazo%20en%20mujeres%20abusadas.pdf>
- Figuero, C.R. & Ortiz, M.R. (2005). El abuso sexual infantil. *Bol pediátrica*, 45 (3): pp. 3-16. Recuperado de: http://sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005_45_003-016.pdf

- Finkelhor, D. (1980). *El abuso sexual a menores: causas, consecuencias y tratamiento psicosocial*. México DF: Pax
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21: pp. 325-330.
- Fuentes, G. (2011). *Abuso sexual infantil intrafamiliar. El abordaje desde el Trabajo Social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria*. (Trabajo Final de Grado). Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Filosofía y Letras. Tucumán. Recuperado de:
<https://www.margen.org/suscri/margen64/fuentes.pdf>
- Gaxiola, R. J. C. & Frías, A. M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: Un estudio con madres mexicanas. *Revista mexicana de psicología*, 22 (2): pp. 363-374. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020634001>
- Giberti, E. (2005). *Abuso Sexual y Malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Glaser, D. & Wiseman, M. (2000). Child sexual abuse. *Biological Psychiatry*, pp. 357-378.
- Gonçalves Boggio, L. (2010). Cuando el abuso sexual infantil queda escrito en el cuerpo. En: Gonçalves Boggio, L. (2010). *El cuerpo en la Psicoterapia*. Uruguay: Psicolibros.
- González- García, F. & Carrasco, M.A. (2016). Evaluación del perfil psicosocial en menores víctimas de abuso sexual: diferencias por sexo y edad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3 (2): pp. 87-98. Recuperado de: <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-12.pdf>
- González, E., Martínez, V., Leyton, C., & Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista Sogía*, 11 (1): pp. 6-14. Recuperado de: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2004/XI1abusadores.pdf>
- Gutiérrez, C. & Steinberg, M. (2012). *Caracterización del proceso de develación de niños, niñas y adolescentes*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112620/cs39cgm1045.pdf?sequence=1>
- Gutiérrez, I. & Acosta, A. (2014). El devenir de la Representación Política de los Niños y las Niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1): pp. 91-102. Recuperado de:
http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/wp-content/uploads/2014/03/Vol_12_n_1/articulo4.pdf

- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5 (3): pp. 377-391. Recuperado de: file:///C:/Users/user/Downloads/HERMAN,J.L.pdf
- Hernández Flores, N.E., Barreto, D.A., & Ortega, M.E. (2012). Reflexiones en torno al abuso sexual. *Revista psicoespacios*, 6 (9): pp. 157- 182. Recuperado de: file:///C:/Users/user/Downloads/115-1321-1-PB.pdf.
- Herrera, T. (2004). *Abuso Sexual infantil y Comunicación. Investigación sobre abuso sexual infantil, imaginario colectivo y medios de comunicación en ocho países latinoamericanos* (BICE). Montevideo: Santillana, S.A.
- Ifrán, N. (2014). *Consecuencias a largo plazo en mujeres con historia de Abuso Sexual Infantil*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/5413/1/IFRAN.pdf>
- Intebi, I. (1998). *Abuso Sexual infantil. En las mejores familias*. Argentina: Ediciones Granica S.A.
- Intebi, I. (2008). *Valoración de Sospechas de Abuso Sexual infantil*. Dirección General de Políticas Sociales. Recuperado de:
<http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/sospechasAbusoInfantil.pdf>
- Intebi, I. (2009). *Intervención en casos de maltrato infantil*. Dirección General de Políticas Sociales. Recuperado de: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Intervencion%20en%20casos%20de%20maltrato%20infantil.%20Noviembre%202009.pdf>
- Intebi, I. (2011). Definiciones y efectos del abuso sexual infantil; la complejidad del diagnóstico. En: Intebi, I. (2011). *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Argentina: Ediciones Granica, S.A.
- Intebi, I. (2012). *Estrategias y Modalidades de Intervención en Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar*. Instituto Cántabro de servicios sociales. Recuperado de: <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Estrategias%20y%20modalidades%20de%20intervencion%20en%20abuso%20sexual%20infantil%20intrafamiliar%20%20Marzo%202012.pdf>
- Intebi, I. & Osnajanski, N. (2003). *Cuaderno de Capacitación: Maltrato a Niños, Niñas y Adolescentes: Detección e Intervención-Familias del Nuevo Siglo*. Buenos Aires.

- Janin, B. (2009). El chico rotulado y el niño ideal. *Página/12, psicología*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-130268-2009-08-20.html>
- Janin, B. (2015). *Reflexión sobre el abuso sexual*. Recuperado de: Foro Infancia & Adolescencia
- Jehu, D. (1989). Long term correlates of child sexual abuse. Association for child psychology and psychiatry. *Occasional papers Nro. 3*. J. Ouston (Ed.) Papers presented at the ACPP.
- Johnson, C. F. (2004). Child sexual abuse. *The Lancet*, 364 (9432): pp. 462-470.
- Junta de Andalucía. (2014). *Guía de indicadores para la detección de casos de violencia sexual y pautas de actuación dirigidas a centros de protección de menores*. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Recuperado de: <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4314&tipo=documento>
<http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4314&tipo=documento>
- Kempe, R. & Kempe, H. (1998). *Niños Maltratados*. Madrid: Quinta edición, Morata, S.L.
- Kolektiboa, E. (2016). Abuso Sexual en la Infancia. Visibilizando violencias. Bilbao. Recuperado de: <http://www.eraikiz.org/wp-content/uploads/2016/09/01-Informe-Abusos-Sexuales-en-la-Infancia-2016.pdf>
- Lago, G. & Céspedes, J. (s, f). Abuso Sexual Infantil. Precop SCP ASCOFAME. Recuperado de: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_3/16-30%20Abuso%20infantil.pdf
- Larrota, R. & Rangel- Noriega, K. (2013). El agresor sexual. Aproximación teórica a su caracterización. *Informes Psicológicos*, 13 (2): pp. 103-120. Recuperado de: <file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-AgresorSexualAproximacionTeoricaASuCaracterizacion-5229737.pdf>
- López, F. (1999). *La inocencia rota. Abusos sexuales a menores*. España: Océano Grupo Editorial, S.A.
- López, F. Hernández, A. & Carpintero, E. (1995). Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, (71): pp. 77-98. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=48500>

- López, M.P. (2014a). *Consecuencias físicas y psicológicas del abuso sexual infantil*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de Alicante, Facultad de Derecho. Alicante. Recuperado de:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/38490/1/Consecuencias_fisicas_y_psicologicas_del_a_LOPEZ_RODRIGUEZ_MARIA_DEL_PILAR.pdf
- López, N. (2014b). *El silencio en torno al Incesto paterno-filial*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/5315/1/LOPEZ%2c%20NADIA.pdf>
- López, P.A. (2005). *Aportes desde la Educación Social para la Prevención del Abuso Sexual Infantil. Propuesta Educativa Social, para el Trabajo en Prevención Primaria con Escolares en Medio Abierto*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/pablolopezmonog.pdf>
- Losada, A.V. (2011). *Abuso sexual infantil y patologías alimentarias*. (Tesis de doctorado). Universidad Católica Argentina, Facultad de psicología y psicopedagogía, Argentina. Recuperado de:
<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/abuso-sexual-infantil-patologias-alimentarias.pdf>
- Losada, A.V. & Saboya, D. (2013). Abuso sexual infantil, trastornos de la conducta alimentaria y su tratamiento. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3 (2): pp. 102-134. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/4758/475847410006.pdf>
- Loureiro, R. (2003). *Lo que pasa en casa de la violencia que no se habla. Abuso y Maltrato*. Montevideo: Psicolibros.
- Mebarak, R., Martínez, M., Sánchez, A., & Lozano, J. (2010). Una revisión acerca de la sintomatología del abuso sexual infantil. *Psicología desde el Caribe*, (25): pp. 128-154. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/213/21315106007/>
- Meraz-Arriola, G. (2010). Historia universal de la infancia. *Acta pediátrica de México*, 31(6): pp. 265-267. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640326001>
- Merini, M. (2007). *Un niño espera*. Universidad Argentina. John F. Kennedy. Recuperado de:
<http://www.kennedy.edu.ar/DOCSDep21/Psicosociolog%C3%ADa%20Jur%C3>

%ADdica%20y%20Pol%C3%ADtica/Art%C3%ADculos/Un%20ni%C3%Blo%20espera.pdf

- Molnar, B.E., Buka, S.L., & Kessler, R.C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91 (5): pp. 753-760. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446666/pdf/11344883.pdf>
- Morales, A. E. & Shramm, F. R. (2002). A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 7 (2): pp. 265-273. Recuperado de: <http://www.Redalyc.Org/articulo.oa?id=63070207>
- Mujica, M. & Ibieta, J. (2012). *Orientaciones para la prevención del abuso sexual infantil desde la comunidad educativa*. Chile: Unicef. Recuperado de: <http://www.comunidadescolar.cl/documentacion/LIBRO%20MI%20SOL%202012.pdf>
- Müller, M. & López, M. (2011). *Los dibujos en el abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Editorial Malpue.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Integrated Multisector Approach to Child Abuse Introduction and Core Guidelines: General Information
- OMS. (2014). *Maltrato infantil*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es>.
- Ortiz, M., Sánchez, L., & Cardenal, V. (2002). Perfil psicológico de delincuentes sexuales. Un estudio clínico con el MCMI-II de Th. *Revista de psiquiatría*, 29 (3): pp. 144-153. Recuperado de: http://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/divulgacion/perfil_psicologico_delincuentes_sexuales.pdf
- Oviedo, C. (2009). *Guía "pautas de actuación para los profesionales de los centros de menores ante situaciones de abuso sexual"*. Consejería de Bienestar Social e Igualdad. Recuperado de: <http://observatoriodelainfanciadeasturias.es/documentos/f02072015083318.pdf>
- Paine, M. & Hansen, D. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 22: pp. 271-295. Recuperado de: <http://www.leadershipcouncil.org/docs/Paine%202002.pdf>
- Pelaia, A. (2010). *Ofensores sexuales infantiles*. (Trabajo Final de Grado). Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología. Mendoza.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 30 (2): pp. 135-144. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77811726004.pdf>

- Pereda, N. (2010a). Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. *Revista pediatría de atención primaria*, 12 (46): pp. 273-285. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3666/366638723009.pdf>.
- Pereda, N. (2010b). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del psicólogo*, 31 (2): pp. 191-201. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77813509005.pdf>
- Pereda, N. (s, f). Resiliencia en niños víctimas de abuso sexual: el papel del entorno familiar y social. *Educación social*, (49): pp. 103-114. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/250183/369145>
- Pereda, N., Arch, M., Guerra-González, R., Llerena, G., Berta- Alemany, M., Saccinto, E., & Gascón, E. (2012). Conocimientos y creencias sobre abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Revista anales de psicología*, 28 (2): pp. 524-531. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16723135023.pdf>
- Pereda, N. & Abad, J. (2013). Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Revista española de medicina legal*, 39 (1):pp. 19-25. Recuperado de: file:///C:/Users/user/Downloads/S0377473212000867_S300_es.pdf
- Peroni, G. & Prato, J. (2012). *Aportes para la intervención en maltrato y abuso sexual infantil y adolescente*. Montevideo: Unicef. Recuperado de: <http://www.buentrato.org.uy/wp-content/uploads/2013/10/Aportes-abuso13-4-12FINALWeb.pdf>
- Piña. C. (2016). *Dinámicas facilitadoras en familias que presentan casos de abuso sexual infantil*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_cecilia_pina.pdf
- Posada, E. & Salazar, J. (2005). *Aproximaciones Criminológicas y de la personalidad del abusador sexual*. (Trabajo Final de Grado). Universidad Católica de Oriente, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Rio Negro-Antioquia. Recuperado de: http://www.justiciaviva.org.pe/penademuerte/perfil_sicologico/perfil_psicologico_colombia.pdf
- Puyol, C. & Salinas, M.I. (2013). Agresiones Sexuales infanto-juveniles: una aproximación a víctimas de agresores menores de edad. *Revista Salud & Sociedad*, 4 (3): pp. 266-282. Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-747520130003000004.

- Ramírez, C. (2008). *Consecuencias del Abuso Sexual en el desarrollo psicológico en la infancia y adolescencia*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Facultad de psicología. Bogotá. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/17721465.pdf>
- Raygoza Díaz, S.J. (2009). Características del infante que lo predispone a ser víctima de abuso sexual desde la perspectiva del abusador. En: A.V Losada (comp.), *Nuevos aportes al abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Recio, M., Galindo, L., Cendra, J., Alemany, A., Villaró, G., & Martorell, A. (2013). *Abuso y discapacidad intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación*. Madrid. Recuperado de: <http://www.infocoponline.es/pdf/GuiaAbusoyDI2014.pdf>
- Recoba, B. (2016). *El rol de la familia ante el descubrimiento y sus posibles consecuencias*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo. Recuperado de: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_8.pdf
- Rivera, N. (2012). *Los Abusos Sexuales en los menores*. (Trabajo Final de Grado). Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/2068/1/TFG-L103.pdf>.
- Rodríguez- Padilla, A. & Baquero- Cantor, L. (2014). Abusadores sexuales. *Psicología Forense*. Recuperado de: <http://psicojuridicaforense.blogspot.com.uy/2014/06/abusadores-sexuales.html>
- Rodríguez, Y., Aguilar, B., & García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka*, 9 (1): pp. 58-68. Recuperado de: <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-9-1-12-13.pdf>
- Rozanski, C. (2010). *Abuso sexual infantil ¿denunciar o silenciar?*. Argentina: Ediciones B.
- Salazar, M.A., Bruno, G.H., Salamanca, C., & Gómez, L. (2007). *Lo que todos y todas debemos saber sobre el abuso sexual infantil*. Estrategia de Prevención Integral del Abuso Sexual. Componentes de Desarrollo de Capacidades para Agentes Comunitarios y Educativos. Bogotá. Recuperado de: https://plan.org.co/sites/files/plan/modulo_1.pdf.
- Sarason, I. (1996). *Psicología anormal*. México: Editorial Trillas.

- SAVE THE CHILDREN. (2001). *Abuso Sexual Infantil. Manual de formación para profesionales*. España. Recuperado de:
http://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
- Sinclair, C. & Martínez, J. (2006). Culpa o Responsabilidad: Terapia con Madres de Niñas y Niños que han sufrido Abuso Sexual. *Psykhé*, 15 (2): pp. 25-35. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200003
- Solano, E. (2004). Estrés post traumático en niños y adolescentes y sus consecuencias. *Honduras pediátrica*, 24 (2). Recuperado de:
<http://www.bvs.hn/RHP/pdf/2004/pdf/Vol24-2-2004-7.pdf>.
- Soria, M. & Hernández, J. (1994). *El agresor y la víctima*. Barcelona: Editorial Boi xareu universitaria.
- Soriano Faura, F.J. (2015). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 11 (41): pp.121-144. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n41/8_previnfad.pdf
- Stagno, L. (2011). El descubrimiento de la infancia, un proceso que aún continúa. En: Finocchio, S. & Romero, N. (2011). *Saberes y prácticas escolares*. Rosario: Homo Sapiens: flacso. Recuperado de:
<https://www.aacademica.org/leandro.stagno/4.pdf>
- Summit, R. (1983). The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 7: pp.177-193. Recuperado de:
<https://www.abusewatch.net/Child%20Sexual%20Abuse%20Accommodation%20Syndrome.pdf>
- Tesone, J.E. (2004). Los incestos y la negación de la alteridad. *Psicodoc revista de psicoanálisis*, 61 (4). Recuperado de:
http://www.apa.org.ar/publi_articulo.php?id=70
- Tuana, A. (2009). Abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. En: González, D. & Tuana, A., *El género, la Edad y los Escenarios de la violencia Sexual*. (pp. 25- 44). Montevideo: Matergraf SRL
- Ulloa, C.A. (2000). *Abuso sexual infantil: una visión psicoanalítica*. T-Psic 301. Facultad de psicología UDA, Mendoza.

- Unicef. (2011). *Guía clínica. Atención de Niños, Niñas y Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual*. Chile. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/aaa27720f363a745e04001011e011120.pdf>.
- Valenzuela, V. (2010). *Ofensor Sexual Infantil: Discursos defensivos y aspectos socioculturales*. (Magister en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales. Chile. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-valenzuela_v/pdfAmont/cs-valenzuela_v.pdf
- Vázquez, M.B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A.
- Vigarello, G. (1999). *Historia de la violación desde el siglo XVI hasta nuestros días*. Montevideo: Trilce.
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicohigiene*, 16 (30): pp. 451-470. Recuperado de: <http://oaji.net/articles/2017/1787-1485548200.pdf>
- Vitriol, G. V. Vázquez, M. Iturra, L.I. & Muñoz, C.R. (2007). Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil, en tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental del hospital general. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45 (1): pp. 20-28. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid_S0717-92272007000100006
- Volnovich, J. (1999). *El niño del siglo del niño*. Argentina: Lumen.
- Volnovich, J. (2002). *Abuso sexual en la infancia el quehacer y la ética*. Buenos Aires: Lumen.
- Ward, T. Hudson, S.M, Marshall, W.L. & Siegert, R, J. (1995). Attachment style in sex offender: A theoretical framework. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7: pp. 317-335.
- Wekerle, C. Miller, L. Wolfe, D. & Spindel, C. (2007). *Maltrato Infantil*. El manual moderno, S.A de C.V.
- Zápica, J.A. (2011). *Estructura psíquica del agresor sexual, una mirada desde el psicoanálisis*. (Maestría en psicología Clínica). Universidad Javeriana, Facultad de Psicología. Bogotá. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/1287/psic13.pdf?sequence=1>.