



Universidad
Rey Juan Carlos

Facultad de
Ciencias Jurídicas y Políticas

**TRABAJO FIN DE GRADO
GRADO EN CRIMINOLOGÍA
CURSO ACADÉMICO 2023-2024
CONVOCATORIA DE JUNIO**

**ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO Y LA INCIDENCIA DEL ABUSO SEXUAL
INFANTIL**

AUTORA: Casla Díaz, Violeta

DNI: 54032685G

En (Alcorcón), a (06) de (junio) de (2024)

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	3
I. Objetivos del trabajo	3
II. Justificación de la temática	3
III. Metodología y estructura del trabajo	3
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	4
I. Concepto de abuso sexual infantil.....	4
II. Factores de riesgo	6
III. Características de los abusadores sexuales	9
1. Perfil del abusador sexual infantil.....	9
2. Modelos teóricos explicativos.....	10
3. Clasificación de los abusadores sexuales.....	12
4. Patrones de conducta de los abusadores sexuales	14
5. Características de la relación del abusador sexual con su víctima.....	15
CAPÍTULO 2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	15
CAPÍTULO 3. CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL	20
I. Secuelas físicas.....	22
II. Secuelas psicológicas.....	23
1. Secuelas psicológicas a corto plazo	23
2. Secuelas psicológicas a largo plazo	24
III. Secuelas cognitivas.....	26
IV. Secuelas conductuales	26
V. Secuelas sociales.....	27
CAPÍTULO 4. TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	28
I. Legislación reguladora del abuso sexual infantil	28
II. Prevención del abuso sexual infantil.....	31
1. Factores protectores	32
2. Intervenciones preventivas.....	32
III. Intervención	33
1. Procedimiento de actuación	34
2. Intervención sobre los menores víctimas del abuso.....	36
3. Tratamiento de agresores sexuales.....	37
CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS	42

INTRODUCCIÓN

I. Objetivos del trabajo

Este trabajo de fin de grado tiene el objetivo general de profundizar en la temática del abuso sexual infantil, así como de hacer una revisión del conocimiento existente sobre este mismo tema.

Además de este objetivo general, se plantean objetivos específicos como: definir qué es el abuso sexual infantil y cuáles son sus características más relevantes, indagar en la incidencia y las consecuencias del mismo y explorar el tratamiento, tanto preventivo como interventivo, ante casos de este tipo de abuso sexual.

II. Justificación de la temática

El abuso sexual infantil ha existido desde siempre, en todas las culturas, partes del mundo, estatus sociales y religiones (De Manuel, 2017), por lo que cualquier niño, independientemente de su edad, clase social o cualquier otro factor, puede ser víctima del mismo (Lago y Céspedes, 2006).

Según Alonso (1997), los menores víctimas de abuso sexual infantil se ven implicados en prácticas para las cuales ni son capaces de dar su consentimiento, ni están preparados, ni tampoco pueden llegar a comprender realmente.

Además, hay un factor añadido a esta problemática, y es que no siempre es visible o, al menos, no fácilmente. Muchas de las víctimas de abuso sexual infantil no son capaces de verbalizar lo que les está ocurriendo por miedo a ser castigadas, culpadas o no creídas (Lago y Céspedes, 2006). Además, el hecho de que el abuso sexual sea todavía un tema tabú añade dificultad a que las víctimas comuniquen lo que les está ocurriendo (Alonso, 1997). Por este mismo motivo es de gran importancia que aquellos profesionales implicados con población infantil sean capaces de detectar indicadores que sugieran un posible abuso sexual (Alonso, 1997).

El abuso sexual infantil es una forma de maltrato infantil (Lago y Céspedes, 2006), ya que supone un grave riesgo para la víctima de sufrir daños en su salud mental (Alonso, 1997), influyendo en la aparición y evolución de trastornos psicopatológicos que pueden extenderse hasta la edad adulta (De Manuel, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS), citada por De Manuel (2017), afirmaba en el año 2006 que el abuso sexual infantil explica un 8% de los intentos de suicidio, un 6% de los trastornos del estado de ánimo (depresión), otro 6% de los abusos de alcohol y otras sustancias, un 27% de los trastornos de estrés postraumático (TEPT) y un 10% de los trastornos de pánico.

Todas estas consecuencias negativas ponen en evidencia la gravedad de la problemática y la necesidad de ampliar el conocimiento sobre el abuso sexual infantil (Losada, 2012), así como de establecer un modelo de atención que garantice una mejor detección, evaluación, tratamiento terapéutico, formación y colaboración de los profesionales implicados y prevención educativa de esta problemática (Alonso, 1997).

III. Metodología y estructura del trabajo

La metodología seguida en este trabajo de fin de grado es una metodología cualitativa basada en la revisión bibliográfica de distintos artículos que tratan el abuso sexual infantil publicados hasta la fecha. La búsqueda de estos artículos se ha llevado a cabo a través de plataformas como Google Scholar y de bases de datos como Dialnet. Algunos de los términos

clave utilizados para encontrar dichos artículos han sido: abuso sexual infantil, consecuencias del abuso sexual infantil, incidencia del abuso sexual infantil y tratamiento del abuso sexual infantil, entre otros. En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda de artículos que trataran de forma más genérica la temática en cuestión, para después pasar a buscar artículos en los que hubiera información más específica de distintos factores del abuso sexual infantil.

Este trabajo de fin de grado se ha estructurado en cuatro grandes capítulos, que a su vez se dividen en distintos apartados.

El primer capítulo engloba el marco teórico de la temática escogida, aclarando conceptos básicos como qué es el abuso sexual infantil y delimitando los factores de riesgo del mismo, así como las características de los abusadores sexuales.

El segundo capítulo está dedicado a informar sobre la tasa de incidencia del abuso sexual infantil.

Por otro lado, el tercer capítulo trata de recoger todas las consecuencias que puede tener el abuso sexual infantil sobre sus víctimas. Estas consecuencias pueden ser de distinto tipo, por lo que el capítulo queda dividido en apartados que delimitan esta tipología, ya que las distintas secuelas del abuso sexual infantil pueden ser físicas, psicológicas, cognitivas, conductuales o sociales.

Por último, el cuarto capítulo recoge todos aquellos aspectos relacionados con el tratamiento del abuso sexual infantil, incluyendo la legislación que regula esta lacra social, así como la prevención e intervención sobre la misma.

CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO

I. Concepto de abuso sexual infantil

La definición de abuso sexual infantil (ASI) varía entre las distintas culturas y sociedades, todavía no se ha alcanzado un consenso universal para definir este término.

Distintas organizaciones han aportado definiciones para el ASI. Por una lado, la OMS (cit. en Raffaele, 2013) define este término como aquella situación con fines de estimulación sexual, en la que un menor es víctima de un adulto o de otro menor significativamente mayor que él. Por otro lado, el National Center of Child Abuse and Neglect (cit. en De Manuel, 2017) define el ASI como aquellas interacciones entre un adulto y un niño en las cuales el primero usa al menor con fines de satisfacción sexual (para él mismo o para una tercera persona), así como interacciones del mismo tipo entre menores cuando el que ejerza el abuso sea significativamente mayor que el otro o esté en una posición de poder.

Cantón, citado por Deza (2005), establece que, en el caso de que el abuso sea cometido por otro menor, será considerada como una edad significativamente mayor aquella que sea de cinco o más años que la de la víctima. La asimetría de edad entre el agresor y la víctima es un factor relevante, pues es esta misma asimetría la que impide que exista una relación igualitaria o una actividad sexual común entre víctima y agresor, ya que no poseen ni el mismo grado de madurez, ni las mismas expectativas, ni las mismas experiencias (Lago y Céspedes, 2006).

Por su parte, Raffaele (2013) establece que el ASI abarca cualquier tipo de abuso, ya sea físico, emocional y/o psicológico, e incluye diferentes contactos sexuales entre la víctima y su agresor, que pueden ir desde manoseos hasta penetraciones anales o vaginales. En realidad, el tipo de contacto sexual que se lleve a cabo no es esencial para definir el ASI, ya que cualquier acercamiento de esta naturaleza, entre un adulto y un menor, es inadecuado (Deza, 2005). La

manifestación más extrema de este tipo de violencia es la explotación sexual infantil, que implica el uso de menores en actos sexuales a cambio de algún tipo de contraprestación, que generalmente es económica (Orjuela y Rodríguez, 2012).

No es necesario que haya contacto físico para que se produzca abuso sexual, claro ejemplo de ello son los casos en los que se llevan a cabo actos como la muestra de pornografía, la masturbación frente a la víctima o el exhibicionismo, entre otros (De Manuel, 2017). Tampoco es relevante que haya engaño o no, o que la víctima comprenda o no los actos sexuales a los que se le está sometiendo, en todo caso es abuso (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Es importante destacar que en ningún caso puede existir consentimiento de la víctima en los supuestos de ASI, ya que, aunque el menor diera su consentimiento, este no sería válido, pues todavía no tiene la maduración psíquica necesaria para dar el mismo (Raffaele, 2013).

Lo que diferencia al abuso sexual de otras formas de maltrato infantil, según Deza (2005), son principalmente tres factores. En primer lugar, su detección es más complicada debido a la naturaleza sexual de los actos abusivos, que puede incluso obstaculizar la persecución de este delito por la dificultad de demostrar que se ha cometido el mismo. En segundo lugar, el abuso sexual suele ocurrir sin necesidad de ejercer violencia física sobre el menor, aunque sí se emplea violencia psicológica y emocional mediante el uso de amenazas o engaños. Por último, es difícil para los niños y niñas que sufren este tipo de maltrato comprender plenamente lo que les está sucediendo, al principio viven los abusos como algo accidental o no intencionado, pero con el paso del tiempo pasan a vivirlo como algo cada vez más intencional.

La detección de casos de ASI es complicada, tal y como se ha comentado anteriormente. Se puede sospechar que existe un abuso por el propio relato de la víctima o por detección de un tercero, ya sea un familiar o un profesional que esté en contacto con la víctima, que observe indicadores o sintomatología que señalen a un posible abuso sexual (Raffaele, 2013). Sin embargo, la confirmación diagnóstica de que se ha producido este abuso es compleja, suele basarse en la historia clínica del menor, en su propio relato y en los exámenes médicos complementarios realizados sobre el mismo, pero desgraciadamente no hay demasiados casos en los que puedan encontrarse pruebas físicas que acrediten con certeza que se ha producido un abuso sexual, tales como desgarros vaginales o anales, enfermedades de transmisión sexual o embarazos (Rodríguez et al., 2012).

Existen diferentes modelos que tratan de dar a una respuesta a cuáles son las causas del ASI, entre ellos destaca el modelo de Finkelhor y Krugman (cit. en Deza, 2005) que detalla cuatro condiciones para que se produzca esta desgracia. En primer lugar, el agresor debe tener motivación para cometer el abuso, esta motivación puede derivar de haber sido víctima de abuso sexual en la infancia, por tener una personalidad psicopática o un trastorno de control de los impulsos, etc. En segundo lugar, el agresor debe haber superado sus barreras internas, es decir, haber perdido el miedo y haberse desinhibido, algunas de las razones individuales que favorecen esta desinhibición son la psicosis, el alcohol, dinámicas de incesto dentro del ámbito familiar... También hay factores socioculturales que favorecen la desinhibición del agresor, tales como la incapacidad que tienen los adultos para empatizar con las necesidades de los niños y niñas o la distribución y el consumo de pornografía infantil. En tercer lugar, además de superar sus propias barreras internas, el agresor deberá superar algunas externas, es decir, los factores protectores del niño, deberá encontrar oportunidades de estar a solas con el menor, de que este no esté vigilado, etc. En cuarto y último lugar, si la víctima no tiene demasiada capacidad para resistirse al abuso sexual será más probable que se cometa el mismo, la capacidad de resistencia del menor puede verse afectada por su desconocimiento sobre el tema, una relación de confianza con el agresor y/o por ser inseguro emocionalmente.

De Manuel (2017) ofrece otra posible explicación al origen del ASI, defendiendo que los niños no son valorados por lo que son, sino por lo que llegarán a ser en el futuro, por lo que hay un aplazamiento de su valor que lleva implícito un aplazamiento de sus derechos, los cuales no se han considerado como legítimos y han sido ignorados. “El ser humano ha sido discriminado en razón del sexo, de las creencias religiosas, del estatus social, de la identidad sexual, pero los niños sufren además la discriminación en razón de su edad” (De Manuel, 2017, p. 39).

Actualmente nos encontramos con un problema adicional debido a las nuevas tecnologías, que han propiciado nuevas formas de abuso sexual como: *sexting* (envío de textos e imágenes con contenido sexual) u *online grooming* (un adulto trata de ganarse la confianza de un menor a través de internet para después involucrarle en actividades de naturaleza sexual) (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Además, las nuevas tecnologías ofrecen facilidades a los agresores, ya que tienen acceso a las víctimas desde cualquier lugar, pueden mantener su anonimato, pueden actuar de manera inmediata y pueden desinhibirse con mayor facilidad por la disociación producida entre el mundo real y el virtual (De Santisteban y Gámez-Guadix, citado en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Agresores desconocidos para las víctimas pueden entrar fácilmente en el círculo más cercano y de confianza de las mismas, adaptando su lenguaje e identidad a la de la víctima y facilitando así la comisión de abusos sexuales (De Santisteban y Gámez-Guadix, citado en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021).

II. Factores de riesgo

Según Canda, citado por Apraez-Villamarín (2015), un factor de riesgo es un conjunto de otros factores interrelacionados que hacen probable la aparición de alguna conducta o algún fenómeno que perjudica el bienestar de una o varias personas. En el caso del ASI un factor de riesgo sería por tanto aquel conjunto de otros factores que, al relacionarse entre sí, hacen más probable que un menor sufra un abuso sexual.

No hay un único factor de riesgo que determine si puede ocurrir un caso de ASI o no, lo que en realidad ocurre es que hay una serie de factores ambientales, sociales, culturales, individuales, etc. que hacen que un contexto determinado sea más vulnerable y, por tanto, pueda propiciar con mayor facilidad un caso de ASI (Sigalat, 2019). Cada uno de estos factores es relevante a la hora de generar un contexto vulnerable, no hay uno más significativo que otro, pues todos forman parte de un subsistema en el que se interrelacionan (Sanmartín, citado en Sigalat, 2019).

Según Perrone y Nannini (1997), hay varios tipos de estructuras familiares de riesgo que favorecen la comisión de abusos sexuales sobre los menores que componen las mismas.

En primer lugar, las familias multiparentales que han pasado por algún proceso de divorcio o separación y posterior reconstrucción con la llegada de nuevas parejas para los padres. En este tipo de estructura familiar las nuevas parejas de los padres del menor deben definir su rol con el mismo, estos lazos ya no tienen una legitimidad “natural” y pueden convertir tanto la relación entre el adulto y el menor como el sentido de responsabilidad del primero sobre el segundo en algo difuso. Este fenómeno provoca que sean bastante frecuentes los abusos sexuales cometidos por el padrastro del menor, ya que en este tipo de familias el riesgo de que ocurra un caso de ASI es hasta dos veces más elevado que en familias multiparentales no reconstruidas; Glaser y Frosh (cit. en Sigalat, 2019) elevan esta cifra defendiendo que tener un padrastro aumenta el riesgo de que el menor sufra abuso sexual hasta cinco veces.

En segundo lugar, las familias monoparentales en las que ha habido algún proceso de separación o abandono, pero el progenitor que queda al cargo del niño no entabla una nueva relación afectiva con otra persona. En este tipo de familias puede ocurrir que el progenitor con el que suele convivir el niño o la niña esté ausente la mayor parte del tiempo, ya sea por causas laborales u otras causas, esto conlleva que el menor pase a estar al cuidado de terceras personas como vecinos, conocidos, familiares... al mismo tiempo que no establece una relación afectiva estrecha con su padre o madre. Todos estos aspectos generan un caldo de cultivo ideal para que el menor establezca relaciones interpersonales de riesgo en las que accede a ser abusado a cambio de obtener afecto y atención (Apraez-Villamarin, 2015). Además, en el caso de familias monoparentales en las que una niña queda a cargo de su padre por ausencia de su madre (por abandono, causas laborales, enfermedades, etc.), el padre puede tender a utilizar a su hija para suplir el lugar que ha dejado libre la madre de la misma, creando así otro ambiente óptimo para que se dé un caso de ASI (Perrone y Nannini, 1997).

En tercer y último lugar, las familias que muestran al resto del mundo una imagen de familia “normal” y de bienestar, mientras que en la intimidad ocurre algo muy distinto. En estas estructuras familiares el padre suele ejercer el poder, sobre todo si se trata de familias conservadoras (Sigalat, 2019), además es dominante y considera de su propiedad al resto de integrantes de la familia, por lo que aplica su propia ley a los mismos. El padre puede llevar a cabo abusos sexuales sobre sus hijos, pero ningún miembro de la familia revelará este hecho, ya que viven como una obligación el dar una buena imagen al exterior y sería una verdadera traición llevar a cabo cualquier tipo de revelación (Perrone y Nannini, 1997). Los menores también pueden sentir la necesidad de guardar este secreto ya que no saben cómo escapar de su familia, de la cual depende totalmente su propia supervivencia (Villanueva, 2013). Además, en este tipo de familias la figura materna queda en un segundo plano, normalmente porque también está bajo la influencia y tiranía de su marido. En el caso de que finalmente terminaran saliendo a la luz los abusos sexuales cometidos por el padre, la madre generalmente continúa siendo fiel al mismo negando los abusos, fingiendo (o no) que ella no ha visto ni oído nada nunca (Perrone y Nannini, 1997).

Por otra parte, Apraez-Villamarin (2015) ofrece una revisión de todos aquellos aspectos que pueden propiciar que se desarrolle una dinámica familiar de riesgo que posteriormente desemboque en un ASI. Esta autora establece que los aspectos que hay que tener en cuenta son: la relación de pareja, el manejo del poder, la figura materna, la comunicación intrafamiliar, la relación de la familia con su entorno social y las pautas de crianza establecidas. Respecto a la relación de pareja esta suele ser inestable, distante, disfuncional e incluso maltratante y violenta (Sanmartín, citado en Apraez-Villamarin, 2015), además suele haber una dependencia económica de una de las partes sobre la otra, lo que provoca que la parte dependiente adopte un rol pasivo y no se enfrente a la parte abusiva. Todo esto puede provocar una interrupción de las relaciones sexuales en la pareja, y que la pareja abusiva se vuelque en sus hijos para suplir esta carencia sexual (Intebi, citado en Apraez-Villamarin, 2015). El manejo del poder en las dinámicas familiares de riesgo suele ejercerse por la figura paterna, que ostenta una posición autoritaria y dominante a través de la coerción y la fuerza, utilizando en ocasiones la violencia para reforzar la misma (Intebi, citado en Apraez-Villamarin, 2015). La figura materna en familias multiparentales suele tener creencias rígidas y conservadoras sobre la familia y sobre su rol en la misma, siendo muchas veces dependiente de la figura paterna y distante con sus hijos e hijas. Sin embargo, en las familias monoparentales, la figura materna puede favorecer una dinámica familiar de riesgo cuando es inmadura en el plano afectivo y busca pareja constantemente, llevando a diferentes hombres al hogar en el que también convive el menor, generando así el riesgo de que el menor sea abusado sexualmente por alguno de estos hombres (Perrone y Nannini, citado en Apraez-Villamarin, 2015). Respecto a la comunicación

intrafamiliar esta suele ser unidireccional, es decir, la figura paterna da órdenes sin tener en cuenta la opinión del resto de integrantes del sistema familiar, imponiendo así su autoridad (Perrone y Nannini, citado en Apraez-Villamarin, 2015). La comunicación dentro de la familia también es, por lo general, escasa (Intebi, citado en Apraez-Villamarin, 2015). Las relaciones que establecen las familias con dinámicas de riesgo con su entorno social son bastante pobres, estas familias se caracterizan por estar parcialmente aisladas, prefieren centrarse en sí mismas ya que perciben al resto del mundo de manera hostil (Intebi, citado en Apraez-Villamarin, 2015). Por último, algunas pautas de crianza que pueden generar dinámicas de riesgo son: el moralismo religioso extremo, el repudio a la sexualidad y la dominación de la figura paterna que convierte a su esposa y a sus hijos e hijas en objetos de su propiedad (Glaser y Frosh, citado en Apraez-Villamarin, 2015).

Apraez-Villamarin (2015) define también el entorno ambiental de riesgo, es decir, aquellos factores referentes al lugar de residencia del menor, a su habitabilidad y a su estructura física, cuya presencia está relacionada con el posible sufrimiento de un abuso sexual. Kempe y Kempe (cit. en Apraez-Villamarin, 2015) establecen como condiciones ambientales de riesgo: las viviendas en las que el menor no tiene privacidad para asearse, vestirse, ir al lavabo..., también aquellas viviendas en las que viven distintos inquilinos y en las cuales hay un fácil acceso a la habitación del menor, la convivencia múltiple de distintos miembros familiares como abuelos, primos, tíos... en un mismo hogar, el hacinamiento en la vivienda que muchas veces puede derivar de la convivencia múltiple mencionada anteriormente, y el hecho de que el menor comparta habitación e incluso cama con una tercera persona. Otros autores como Glaser y Frosh (cit. en Apraez-Villamarin, 2015) defienden que hogares en los que existe pobreza y estigmatización cultural deberán enfrentarse a un mayor número de estresores, dichos estresores pueden propiciar violencia dentro de la propia familia, y dicha violencia es un factor de riesgo para que se dé ASI. No obstante, esta afirmación siembra ciertas dudas, pues familias de alto nivel económico y social presentan también formas de violencia intrafamiliar, aunque en estos casos esta violencia suele ser más de tipo económica o psicológica (Apraez-Villamarin, 2015).

En 1987 se llevó a cabo en Estados Unidos el Estudio Nacional de Niños, según este estudio aquellas niñas que no presentaban ningún factor de riesgo (como vivir en la pobreza, no convivir con sus padres biológicos, adicción de alguno de sus cuidadores, tener discapacidad, o que alguno de sus cuidadores practicase la prostitución en la vivienda familiar, entre otros) la incidencia de abuso sexual fue del 6%, en niñas que presentaban tan solo un factor de riesgo fue del 9%, en las que presentaban dos factores de riesgo fue del 26% y en las que presentaban tres o más factores de riesgo ascendió hasta un 68% (Lago y Céspedes, 2006).

Echeburúa y Guerricaechevarría (2021) reducen el riesgo de los menores a sufrir abuso sexual a algo mucho más sencillo, y es que todos aquellos niños y niñas que sufren algún tipo de maltrato, ya sea físico, psicológico, emocional, etc., son mucho más susceptibles de convertirse en víctimas de abusos sexuales que aquellos niños y niñas que no sufren malos tratos. Estos autores defienden que una vez los adultos traspasan sus propias barreras internas y se desinhiben, maltratando a los menores que están a su cargo, es más sencillo que extiendan este maltrato al ámbito sexual.

Además de las condiciones que pueden presentar las estructuras familiares y los ambientes que hacen más probable un caso de ASI, los propios menores también presentan características individuales que, por desgracia, pueden convertirles en víctimas ideales para sus agresores. “Las características de estos niños, están referidas a su edad, su relación con el mundo exterior y su lugar en la familia” (Perrone y Nannini, 1997, p. 141). Las edades promedio en las que hay mayor riesgo de sufrir abusos sexuales son: entre los seis y ocho años y entre los diez y trece años (Perrone y Nannini, 1997; Finkelhor, citado en Echeburúa y

Guerricaechevarría, 2021). Entre los seis y ocho años suelen darse caricias y/o tocamientos, pero entre los diez y trece años los menores entran en la etapa de la pubertad, en esta etapa los cuerpos niñas comienzan a cambiar, asimilándose cada vez más al cuerpo de una mujer, este hecho provoca que el abusador pase de los tocamientos a la realización completa del acto sexual (Perrone y Nannini, 1997). No obstante, aunque el cuerpo de la menor se asemeje al de una mujer, esta sigue siendo una niña y puede ser fácilmente dominada por su agresor (Pérez y Borrás, citados en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021). Respecto a su relación con otras personas suelen ser menores tímidos, con temor y con dificultades para establecer relaciones de confianza con otros (Villanueva, 2013). Respecto a su posición en la familia, aquellos menores que no reciben demasiado afecto pueden sentirse halagados cuando algún adulto le brinda atención y afecto en forma de abusos sexuales, aunque con el tiempo este sentimiento de halago evolucionará hacia una gran culpa (Pérez y Borrás, citados en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021).

Los niños y niñas que presentan algún tipo de discapacidad tienen un mayor riesgo de victimización; son más vulnerables ya que tienen mayores dificultades para reconocer el abuso, para defenderse del mismo y para verbalizarlo y comunicárselo a quien sea conveniente (De Manuel, 2017). Varios estudios han demostrado que dos de cada tres niñas y uno de cada tres niños que sufren discapacidad han sido víctimas de abuso (Kennedy, citado en De Manuel, 2017).

El género es también un factor relevante a tener en cuenta, y es que el simple hecho de ser mujer es un factor de riesgo para sufrir abusos sexuales en la infancia. “El abuso sexual infantil es más frecuente en niñas que en niños” (De Manuel, 2017, p. 41). Diferentes estudios han evidenciado que por cada niño abusado sexualmente hay dos/tres niñas abusadas, sobre todo en aquellos casos de ASI cometidos dentro de la propia familia (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021), otros estudios han sacado a la luz que en 1994 en España un 15% de las víctimas de abusos sexuales en la infancia eran niños, mientras que un 22% eran niñas (López, citado en De Manuel, 2017). Una posible explicación a este fenómeno es que la mayoría de abusadores son hombres heterosexuales (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021).

Por último, es importante destacar que la transmisión de la violencia intrafamiliar de generación en generación es un factor de riesgo relevante, ya que aquellos padres que han sido maltratados en su infancia serán más propensos a maltratar a sus hijos e hijas y, como ya se ha destacado anteriormente, la violencia y el maltrato son condiciones que pueden derivar hacia abusos sexuales (Bentovim, citado en Villanueva, 2013).

III. Características de los abusadores sexuales

1. Perfil del abusador sexual infantil

La creación de un perfil que defina a los abusadores sexuales ha sido considerada como algo necesario por los profesionales involucrados en el tema así como por la población en general, no obstante, este perfil puede evolucionar hacia la formación de estereotipos sobre los abusadores que reduzcan y simplifiquen excesivamente un tema tan complejo como es el ASI (González et al., 2004).

Los abusadores sexuales pueden pertenecer a cualquier nivel socioeconómico y educacional, vivir en medios tanto urbanos como rurales, dedicarse a cualquier profesión, ser de cualquier religión, raza, estado civil, género, orientación sexual, etc. (Lago y Céspedes, 2006; González et al., 2004). Los abusadores sexuales no tienen porqué ser enfermos mentales o delincuentes, normalmente son personas que se camuflan bajo una apariencia totalmente

normal, de individuos respetables (De Manuel, 2017), por lo que no resulta una tarea sencilla identificarles a simple vista.

Según Perrone y Nannini (1997), los abusadores sexuales infantiles están en una etapa en la que ya se han desarrollado sexualmente y han alcanzado la capacidad de responsabilidad, de alerta y de discriminación de la ley. Estos autores defienden que estos abusadores se diferencian de otros tipos de delincuentes sexuales por estar integrados en familias y por cometer sus delitos en marcos espaciales y temporales muy bien definidos; los abusos sexuales que cometen son plenamente conscientes y voluntarios.

Respecto al género, la frecuencia de hombres que cometen abusos sexuales es mucho mayor que la de mujeres, pero no debe excluirse la posibilidad de que una mujer sea una abusadora sexual infantil (De Manuel, 2017). La Fundación ANAR (cit. en Taibo, 2022) declaró en el año 2020 que en un 95,8% de los casos de ASI el agresor era un hombre. El género es un factor bastante relevante a la hora de construir el perfil de los abusadores sexuales, ya que los hombres agresores han internalizado que “el género masculino tiene ciertos privilegios por el solo hecho de haber nacido hombres” (González et al., 2004, p. 11), creyendo así que los niños y las mujeres les pertenecen y que, por tanto, pueden usar sus cuerpos para saciar sus necesidades de placer. Por lo que afirmar que los abusadores sexuales son hombres normales, como se ha afirmado en bastantes artículos y trabajos, debería hacernos reflexionar como sociedad sobre el modelo de hombre que estamos priorizando (González et al., 2004).

Generalmente los abusadores sexuales infantiles son personas que conocen a su víctima y que forman parte de su círculo más cercano, pueden ser familiares o simplemente conocidos cercanos, de esta manera tienen acceso a la misma (De Manuel, 2017). Los abusos sexuales cometidos por familiares y conocidos comprenden entre un 65% y un 85% de los casos totales de ASI (Elliott, Browne y Kilcoyne, citados en Sigalat, 2019). En distintos estudios se ha determinado que la mayor parte de los abusos sexuales son cometidos por los padres biológicos del menor, seguidos por familiares cercanos (tíos, abuelos, hermanos...), después por conocidos no familiares y, por último, por desconocidos (González et al., 2004). Entre conocidos no familiares del menor podemos destacar figuras como amigos de la familia, entrenadores, profesores, cuidadores, etc. (Sigalat, 2019).

Partiendo de esta base, Barudy (cit. en Villanueva, 2013) diferencia dos tipos de abusos sexuales según la relación entre el agresor y la víctima: abuso sexual extrafamiliar e intrafamiliar. En el abuso sexual extrafamiliar el agresor no pertenece a la estructura familiar de la víctima, puede ser un conocido de su entorno o un completo desconocido, en estos casos el abuso suele ser más violento y ocurrir una sola vez, por lo que es más sencillo para el menor identificarse como una víctima. Por otro lado, en el abuso sexual intrafamiliar el agresor pertenece al núcleo familiar del menor, en este caso los abusos suelen repetirse en el tiempo y el agresor manipula a su víctima a través de su rol en la estructura familiar, por lo que el menor tarda mucho más tiempo en identificarse como una víctima y en revelar el secreto. Este último tipo de abuso también se conoce como abuso incestuoso (Villanueva, 2013).

Por tanto, podemos afirmar que el abordaje del abuso sexual intrafamiliar resulta mucho más complicado que el del extrafamiliar (Rodríguez et al., 2012).

2. Modelos teóricos explicativos

Diferentes estudios enfocados en los abusadores sexuales han tratado de determinar la raíz del ASI, surgiendo así distintos modelos explicativos. Estos modelos pueden clasificarse principalmente en modelos unifactoriales y multifactoriales (González et al., 2004).

Por un lado, los modelos unifactoriales tratan de dar una explicación al ASI a través de un solo factor o causa, estos son: el modelo biológico, feminista, conductual, sistémico, del apego, intrapersonal, sociocultural y psicosocial (González et al., 2004; Villanueva, 2013).

El modelo biológico defiende que hay ciertos factores hormonales, genéticos y de neurotransmisores que pueden relacionarse con la impulsividad y la excitación sexual.

El modelo feminista pone el foco sobre el placer que recibe el abusador sexual por el abuso de poder que ejerce, más que por la gratificación sexual que consigue; defiende que la causa del abuso es el desequilibrio de poder que existe dentro de los núcleos familiares y que lleva a que el hombre domine a la mujer y a los menores, cosificándolos.

El modelo conductual se ha inspirado en la teoría del aprendizaje social, explica que las experiencias tempranas de aprendizaje son muy importantes, de esta manera el agresor puede fantasear al recordar sus primeras experiencias sexuales.

El modelo sistémico pone el foco en el núcleo familiar al completo, defendiendo que cada uno de los miembros de la familia contribuye para que se dé un caso de ASI; es un modelo algo controvertido ya que puede llegar a culpabilizar a la propia víctima por haber sufrido esta desgracia.

La teoría del apego explica que el apego de tipo inseguro puede contribuir a que el agresor sienta cierta necesidad de ejercer dominio sobre sus relaciones, convirtiéndose así en un factor de riesgo para que se dé un caso de ASI.

El modelo intrapersonal de abuso sexual intrafamiliar define algunos rasgos típicos de los abusadores sexuales intrafamiliares, sobre todo de los padres que abusan de sus hijos e hijas: es un hombre inmaduro afectivamente, al que le cuesta relacionarse con mujeres fuera de su núcleo familiar, por lo que, cuando no recibe gratificación sexual de su pareja, recurre a su hija ya que no es capaz de establecer contactos con otras mujeres fuera de la familia, puede ser poco inteligente y/o tener algún tipo de anormalidad física (Germes, citado en Villanueva, 2013). Además, Echeburúa y Guerricaechevarría (2021) añaden que puede ser sobreprotector o muy celoso con su hija, haber sido víctima de ASI en la infancia, consumir alcohol u otras drogas y tener baja autoestima, entre otros.

El modelo sociocultural defiende que los abusadores sexuales no tienen un perfil típico ni rasgos particulares, sino que cometen los abusos por razones sociales y contextuales como su nivel socioeconómico, la baja interacción fuera del entorno familiar, el aislamiento geográfico, la ignorancia de reglas éticas y morales, etc.

En último lugar dentro de los modelos unifactoriales, el modelo psicosocial explica que el abuso sexual puede surgir cuando dentro del núcleo familiar se naturaliza excesivamente la sexualidad y se minimiza la intimidad, los menores pueden incluso llegar a presenciar las relaciones de sus padres, todo esto hace que el incesto deje de ser algo tabú dentro de la familia. Según este modelo también puede surgir un caso de ASI cuando la relación padre-hija evoluciona hacia una relación de tipo conyugal debido a que esta última pasa a adquirir el rol de madre dentro de la estructura familiar (Grossman & Mesterman, citados en Villanueva, 2013).

Por otro lado, dentro de los modelos multifactoriales destaca el Modelo Multisistémico (Trepper y Barret, citados en González et al., 2004), este modelo defiende que es necesaria la combinación de diferentes factores sociales, culturales, ambientales, familiares, psicológicos individuales y de la familia de origen del agresor para que un menor sufra abuso sexual.

Es necesario aclarar que, según González et al. (2004), ninguno de estos modelos explica satisfactoriamente el origen del ASI, por lo que es necesario combinar y entender todos los modelos para poder llegar a comprender de la manera más completa posible este fenómeno.

3. Clasificación de los abusadores sexuales

Diferentes autores han tratado de establecer categorías en las que encasillar a cada tipo de abusador sexual, a continuación se detallan las principales clasificaciones propuestas.

González et al. (2004) llevan a cabo una clasificación de los abusadores sexuales siguiendo diferentes criterios, pero siempre poniendo el foco sobre el abusador sexual y sus características y preferencias individuales.

Estos autores clasifican a los agresores según sus inclinaciones sexuales en abusadores extrafamiliares o pedófilos y abusadores intrafamiliares o incestuosos. Los abusadores pedófilos centran sus fantasías sexuales en niños y niñas y suelen estar muy atentos a las necesidades que presentan los menores para intentar establecer una relación basada en el cariño y la lealtad, asegurándose de que sus víctimas guarden el secreto. La pedofilia es un trastorno grave del comportamiento reconocido en el DSM-V como parafilia, la persona que lo sufre tiene una perversión sexual en la que utiliza a un niño o una niña como fuente de placer (Villanueva, 2013). Según Moreno (cit. en Apraez-Villamarín, 2015), este tipo de agresores suele tener una baja autoestima y autoconcepto, intolerancia a la frustración, incompetencia social, poca empatía y dificultades de relación con su grupo de iguales, sobre todo con sus iguales del sexo opuesto. Por otro lado, los abusadores incestuosos suelen centrar su interés sexual en los menores pertenecientes a su familia, tienen mayor competencia social que los abusadores pedófilos y se mantienen más alejados de cualquier sospecha.

Según la exclusividad de la atracción por los menores, González et al., clasifican a los abusadores en pedófilos exclusivos y no exclusivos; los exclusivos tan solo sienten atracción sexual por niños y niñas, mientras que los no exclusivos también sienten atracción sexual por personas adultas.

Según el género de las víctimas que escogen pueden ser abusadores con atracción sexual por los niños, por las niñas o por ambos géneros. Además, según la edad de las víctimas a las que abusan pueden ser abusadores propiamente pedófilos que tienen preferencia por menores prepúberes o abusadores hebefílicos cuyas víctimas son menores adolescentes o púberes.

Por último, estos autores clasifican a los abusadores en regresivos u obsesivos/fijados, según su estilo de conducta. Los abusadores regresivos son adultos que experimentan un desarrollo de su sexualidad completamente normal, llegando a la edad adulta sintiendo atracción sexual por otros adultos ya sean del sexo opuesto o de su mismo género; no obstante sus relaciones con iguales se van deteriorando progresivamente por lo que sienten la necesidad de abusar sexualmente de menores. Este tipo de abusadores suelen ser abusadores incestuosos. Los abusadores obsesivos o fijados suelen abusar de diferentes niños y niñas de manera repetida en el tiempo, suelen ser abusadores pedófilos (extrafamiliares) que creen que con estos abusos podrán querer y ser queridos por una persona poco exigente.

Por su parte, Barudy (cit. en González et al., 2004) lleva a cabo una clasificación de los abusadores sexuales teniendo en cuenta dos conceptos clave: la diferenciación y la individuación. Según Bowen (cit. en González et al., 2004), los adultos alcanzan su madurez cuando consiguen diferenciarse emocionalmente de sus padres y de todos aquellos factores que condicionaron su infancia, por lo que aquellas personas más indiferenciadas estarán más involucradas en mecánicas familiares del pasado; a este fenómeno haría referencia el concepto de diferenciación. El concepto de individuación fue explicado por Stierlin (cit. en González et

al., 2004), este fenómeno consiste en la formación de barreras psicológicas que permiten a la persona formarse un concepto de “sí misma” a la vez que puede participar en relaciones con el resto de personas, por lo que una persona subindividuada no tendrá un fuerte concepto de “sí misma” y dependerá bastante de los demás, mientras que una persona excesivamente sobreindividuada será muy egocéntrica y no tendrá en cuenta los sentimientos y deseos del resto. Barudy, como ya se ha mencionado anteriormente, utilizó estos dos conceptos para llevar a cabo una clasificación de los abusadores sexuales infantiles, estableciendo una total de siete categorías distintas:

- Los abusadores subindividuos totalmente indiferenciados perciben al resto de personas como una prolongación de sí mismos, por lo que utilizan el abuso como una manera de representar simbólicamente esta especie de fusión. Suelen ser abusadores incestuosos.
- Los abusadores subindividuos con una débil diferenciación pueden ser tanto abusadores incestuosos como pedófilos, utilizan el abuso como una mecanismo de defensa para compensar carencias que han sufrido en el pasado.
- Los abusadores subindividuos con una moderada diferenciación suelen ser abusadores regresivos que, en momentos puntuales de crisis en las que sienten que pueden perder a su fuente principal de afecto, buscan el mismo en los menores a su cargo, cometiendo así el abuso.
- Los abusadores individuos con una moderada diferenciación suelen ser adultos que en su infancia sufrieron violencia y/o rechazo, construyendo así una imagen de sí mismos en la que tienen derechos superiores que no necesariamente deben respetar los derechos del resto.
- Los abusadores sobreindividuos completamente indiferenciados tienden a estar socialmente aislados, utilizan el abuso como una herramienta para protegerse de la violencia que han podido sufrir en la infancia, proyectando este trauma sobre sus víctimas. Suelen ser abusadores incestuosos.
- Los abusadores sobreindividuos con una diferenciación escasa tienen una imagen de sí mismos completamente egocéntrica en la que lo único relevante es su propia gratificación sexual. Suelen ser abusadores obsesivos o fijados.
- Los abusadores sobreindividuos con una diferenciación moderada suelen cometer más delitos además de abusos sexuales a menores, no tienen en absoluto empatía y pueden presentar rasgos psicopáticos.

Perrone y Nannini (1997) simplifican la clasificación de los abusadores sexuales infantiles dividiéndolos en dos categorías, según su personalidad y forma de actuar. En la primera categoría podrían clasificarse aquellos abusadores que tienen un personalidad reservada, no demasiado viril, sumisa, de sexualidad reprimida, bastante moralista y púdica (pueden ser incluso personas religiosas) y con una actitud de alejamiento social. Estos abusadores se muestran como simpáticos, tiernos y con deseos de protección, por ello consiguen la confianza de las personas que les rodean y esto les permite obtener un acercamiento a los más pequeños. La relación con sus víctimas se basa en un inicio en la ternura, el menor se apega a ellos inocentemente. Este tipo de abusador puede cometer abusos sexuales repetidos en el tiempo a diferentes víctimas. Los autores establecen que estos abusadores podrían corresponderse en la psicopatología con la pedofilia, por lo que esta categoría se corresponde con las de abusador pedófilo y abusador obsesivo o fijado establecidas por González et al. En la segunda categoría definida por Perrone y Nannini (1997) podrían clasificarse aquellos

abusadores más violentos y agresivos, que pretenden dominar, controlar y someter a otras personas, y que son déspotas y tiranos. Estos abusadores humillan a sus víctimas a través de la violencia física, verbal y psicológica, no sienten remordimientos, desprecian la ley y podrían incluso llegar a utilizar a sus víctimas para grabar contenido pornográfico, conduciendo así a estos niños y niñas hacia la marginalidad y la prostitución. Podrían corresponderse en la psicopatología con un trastorno de personalidad psicopática, aunque no todos los abusadores sexuales tienen que corresponderse necesariamente con algún trastorno psicopatológico.

Todas estas clasificaciones hacen referencia principalmente a abusadores sexuales hombres, por lo que Mathews, citado por González et al. (2004), estableció una clasificación exclusiva para abusadoras sexuales, ya que esta figura también existe, aunque sea en mucha menor frecuencia que la de los varones, y debe tenerse en cuenta. Este autor llevó a cabo la clasificación teniendo en cuenta los estilos abusivos de las agresoras. En primer lugar, las abusadoras maestras o amantes no consideran que sus actos sean abusivos y creen que su víctima (un adolescente por lo general) es completamente adecuada. En segundo lugar, las abusadoras intergeneracionales o predispuestas son aquellas que han sufrido abusos sexuales en su infancia y tienden a repetir este patrón, abusando de niños de su núcleo familiar. En tercer y último lugar, las abusadoras coercionadas por un hombre participan en abusos sexuales a menores propuestos por un hombre por el cual se sienten amenazadas.

4. Patrones de conducta de los abusadores sexuales

Los abusadores sexuales de menores utilizan frecuentemente alguno de los tres tipos de patrones definidos por Lago y Céspedes (2006) para cometer sus abusos. El primer patrón de conducta definido por estos autores es la seducción, los abusadores ofrecen a sus víctimas regalos, halagos, gestos cariñosos, etc. para disminuir su oposición y poder llevar a cabo los abusos. Los abusadores sexuales también pueden utilizar como patrón de conducta el sadismo, en este caso el agresor disfruta haciendo sufrir dolor al niño o niña. En último lugar, los agresores utilizan la introversión cuando son sujetos con dificultades para establecer relaciones con otras personas, en este patrón de conducta los agresores tratan de buscar trabajos en los que estén involucrados niños y niñas pequeños para abusar de los mismos.

Por otro lado, los abusadores sexuales infantiles también llevan a cabo patrones de conducta típicos a la hora de defenderse en el caso de que fueran acusados por sus deplorables actos. Lago y Céspedes (2006) definen los mecanismos de defensa frecuentemente utilizados por estos sujetos: desmentir, justificar, minimizar, elaborar, confusión, simular enfermedad mental, agresión y simpatía. Desmentir consiste en negar los hechos y acusar de mentiroso a cualquiera que le ataque. Justificar se basa en culpar al niño de haberle seducido o provocado. En la minimización se hace ver que los abusos cometidos en realidad han sido acciones insignificantes y/o que han ocurrido pocas veces. Según explican estos autores, en la elaboración el agresor trata de confundir a sus acusadores combinando la negación, la justificación y la minimización. La confusión consiste en intentar que el acusador se compadezca y sienta compasión por el agresor, que apela a la soledad y a la falta de recursos económicos, por ejemplo. Respecto a la simulación de enfermedad mental, es una estrategia bastante utilizada por los abusadores, por ello estos autores defienden que es necesaria una evaluación psiquiátrica por parte de un profesional. Por último, los agresores pueden utilizar dos estrategias completamente opuestas con su acusador: por un lado pueden mostrarse violentos y amenazar con demandar al acusador por dañar su reputación, mientras que por otro lado pueden tratar de seducir a su acusador mostrándose extremadamente simpáticos.

González et al. (2004) añaden que hay otro patrón de conducta típicamente muy utilizado por los abusadores sexuales infantiles: no responsabilizarse del hecho que han

cometido. Algunos abusadores culpan a otras personas por sus actos, ya sea a su víctima por haberle provocado y “enloquecido” como a su pareja por no haber suplido sus necesidades sexuales. Otros abusadores explican que sólo querían demostrar afecto y cariño a sus víctimas o que solo ocurrió una vez y no entienden por qué lo hicieron. En general, todos los abusadores necesitan convencerse a sí mismos de que sus abusos tienen una justificación y de que las verdaderas víctimas son ellos mismos, de esta manera tratan de evitar enfrentarse a las consecuencias de sus terribles actos.

5. Características de la relación del abusador sexual con su víctima

Perrone y Nannini (1997) definen algunas de las principales características que suele tener la relación que establece el abusador sexual con el niño o niña sobre el que comete estos abusos.

En primer lugar, estos autores explican que se trata de una relación desigual, es decir, el abusador utiliza el poder como un medio para poder controlar y dominar a su víctima. La relación es desigual pues no todas las partes tienen el mismo poder.

En segundo lugar, se trata de una relación abusiva, pues el agresor utiliza la ventaja que tiene sobre su víctima, ya sea por su posición, poder social, autoridad o capacidad física o intelectual, para utilizar su cuerpo a su antojo y obtener así la satisfacción sexual que busca, aprovechándose de la inmadurez, inexperiencia, credulidad y temor del menor. El agresor es el único que obtiene algún tipo de beneficio de esta relación, por este motivo se trata de una relación abusiva.

Además, es una relación de impostura, esto quiere decir que el agresor trata conscientemente de apoderarse de un valor perteneciente a su víctima (su sexualidad en este caso) a través de la mentira y el engaño. En el caso de que el agresor sea el padre o cuidador principal de la víctima, este le hace creer que es normal el tipo de relación que mantienen, pues en todas las familias ocurre lo mismo.

También es una relación al margen de la ley, el agresor no siente que esté transgrediendo ninguna ley o cree que él puede transgredirla, puesto que durante su desarrollo no ha interiorizado el concepto de prohibición.

Por último, estos autores explican que es una relación en la que hay cierta perversión de la dualidad poder-responsabilidad. Por un lado, la responsabilidad sin poder lleva a la impotencia y la culpa; por otro lado, el poder sin responsabilidad lleva al absurdo y al delirio. En las relaciones de abuso sexual, el agresor tiene todo el poder sin nada de responsabilidad, mientras que el niño o la niña tiene toda la responsabilidad (de no desvelar el secreto) pero nada de poder.

CAPÍTULO 2. INCIDENCIA Y PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

En este capítulo se describirán los datos de incidencia y prevalencia del ASI en distintos países del mundo, para después explicar más detalladamente los datos de España. El término incidencia hace referencia a la cantidad de casos nuevos detectados en un determinado periodo de tiempo, que normalmente es de un año; mientras que el término prevalencia hace referencia a la proporción de personas en una población que reconocen haber sufrido un abuso sexual en cualquier momento de su infancia (Bringiotti, citado en Losada, 2012).

En 1988 en Estados Unidos, Leventhal llevó a cabo una investigación centrada en descubrir posibles cambios en los datos estadísticos del ASI en el siglo XX, por lo que comparó

estudios realizados en los años 40 con otros de los años 70-80. En uno de los estudios que se llevó a cabo en los años 40 por Kinsey et al. se constataba que un 24% de las más de cuatro mil mujeres encuestadas habían sufrido algún tipo de abuso sexual en su infancia y que en un 49% de los casos el agresor era un desconocido. Al comparar estos datos con otros más recientes, Leventhal llegó a la conclusión de que en Estados Unidos habían aumentado: la prevalencia del ASI, la proporción de tipos graves de ASI y la cantidad de agresores conocidos por la víctima (Losada, 2012). No obstante, algunos autores plantearon una controversia en cuanto al aumento de la prevalencia del ASI, ya que propusieron que este aumento se debía más a un cambio en el clima social del país y en la legislación que promovía la denuncia, que a un aumento real de la prevalencia (Feldman et al., citados en Losada, 2012).

En Canadá se llevó a cabo un estudio por MacMillan et al. en 1997 en la región de Ontario, en el que tras encuestar a casi diez mil personas se descubrió una tasa de prevalencia de ASI del 12,8% para las mujeres y del 4,3% para los hombres, tasas mucho mayores que las presentadas en los informes oficiales (Losada, 2012).

En Reino Unido, Oaksford y Frude pasaron un cuestionario en el año 2001 a doscientas trece estudiantes universitarias, entre estas estudiantes veintiocho declararon haber sido víctimas de ASI, es decir, estos autores detectaron una tasa de prevalencia del 13,14% (Losada, 2012).

En el continente africano se llevó a cabo un estudio en el año 2001 por Made, se pasó un cuestionario a más de setecientos estudiantes de las Universidades de África del Sur y del Norte y los resultados reflejaron una tasa de prevalencia del ASI del 23,7% para las mujeres y del 21,7% para los hombres. Además, se concluyó que la mayoría de agresores eran conocidos por su víctima y que la mayoría de víctimas no se había considerado como tal en su infancia, calificando la misma como normal o muy feliz (Losada 2012).

Por otro lado, en el continente asiático, más concretamente en Corea del Sur, Hyun-Sil Kim y Hun-Soo Kim desarrollaron una investigación en el año 2005, pasaron un cuestionario a más de mil quinientos adolescentes y descubrieron una prevalencia de ASI incestuoso, es decir, dentro de la familia, del 3,7%. Las familias en las cuales se producía en incesto solían padecer algún tipo de problemática y las víctimas del incesto solían presentar patrones de comportamiento disfuncionales y de trastorno mental (Losada, 2012).

Por último, en América del Sur se llevó a cabo un estudio en el año 2006 en el país de Chile, Quezada et al. concluyeron con los resultados de este estudio que uno de cada diez niños y niñas sufría ASI y que la edad de mayor riesgo para sufrir el mismo en este país era de los siete a los once años.

También se han desarrollado varios metaanálisis que examinan y comparan distintos estudios de diferentes países para obtener una visión más global de la gran lacra social que supone el ASI. Por un lado, en 1998 Holmes y Slap (cit. en Losada, 2012) compararon ciento cuarenta y nueve estudios sobre ASI y concluyeron que es un fenómeno bastante frecuente, con una incidencia anual de 0,5 casos por cada mil niños/as y una prevalencia de una cada cuatro niñas y uno cada seis niños. Por otro lado, en 2009 Pereda et al. (cit. en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021) desarrollaron un metaanálisis con el que concluyeron que la tasa de prevalencia del ASI, de manera global, es del 19,2% para las niñas y del 7,4% para los niños; no obstante, la tasa de prevalencia para abusos sexuales graves, repetidos en el tiempo y con consecuencias negativas sobre el desarrollo de la víctima es menor, en torno al 2-4% aproximadamente. UNICEF presentó en el año 2014 un informe que declaraba que en todo el mundo alrededor de ciento veinte millones de niños y niñas sufren ASI, en sus propios hogares, colegios y comunidades (Sigalat, 2019). Según Orjuela y Rodríguez (2012, p. 11) “en todo el

mundo, una de cada cinco mujeres y uno de cada diez hombres afirman haber sufrido abusos sexuales en su infancia”.

Una vez detallados los datos estadísticos del ASI alrededor del mundo, es necesario centrarse en la epidemiología de este desgraciado fenómeno en España. Se han desarrollado numerosas investigaciones en nuestro país para indagar sobre la prevalencia e incidencia de esta problemática, a continuación se expondrán algunas de las mismas en orden cronológico.

En primer lugar, en 1995 López et al. (cit. en Losada 2012) entrevistaron a dos mil ciudadanos del país, los resultados de dichas entrevistas mostraron que había una alta prevalencia de ASI (entre el 20-25% para las mujeres y el 10-15% para los hombres), que la mayor parte de los agresores eran hombres, que las víctimas sufrían consecuencias negativas tanto a corto plazo en el 70% de los casos como a largo plazo en el 30%, y que los abusos solían ser repetidos hasta casi en un 50% de los casos. Además, estos autores destacaron que, a pesar de la alta prevalencia de este fenómeno, una gran parte de los casos no era denunciada y por ello era necesaria una urgente intervención para prevenir esta desgracia.

En segundo lugar, Pou et al. (cit. en Losada, 2012) revisaron desde 1992 hasta el 2000 los historiales clínicos de distintos pacientes (setecientos cuatro en total) atendidos por sospecha de ASI en el Hospital San Juan de Dios en Barcelona. Llegaron a la conclusión de que la mayoría de pacientes que acudían al hospital eran niñas (75%), la mayoría de los agresores eran hombres (92%), la forma más frecuente de abuso eran los tocamientos, en un 25% de los casos los abusos se alargaron más de un año, el relato de la propia víctima era la forma más frecuente de descubrimiento del ASI (51%) y la principal vía de llegada al hospital fue por la familia, principalmente por la madre del menor (34%).

En tercer lugar, en 2005 Redondo y Ortiz (cit. en Losada, 2012) expresaron que la incidencia real del ASI no puede conocerse debido a que muchos de los casos no son denunciados y, por tanto, no son conocidos. Recopilaron datos oficiales y expusieron que en España la incidencia anual era del 0,5%, ya que de los más de siete millones de menores ciudadanos del país se denunciaban 3.500 casos al año de ASI, aproximadamente. No obstante, calcularon que tan sólo eran denunciados un 10% de los casos totales.

En cuarto lugar, en 2006 Pereda (cit. en Losada, 2012) llevó a cabo un estudio con más de mil estudiantes de la Universidad de Barcelona, los resultados mostraron una tasa de prevalencia de ASI del 19% para las mujeres y del 15,5% para los hombres.

En quinto y último lugar, Cantón et al. (cit. en Losada, 2012) desarrollaron una investigación en el año 2011 con más de mil quinientos estudiantes de la Universidad de Granada, entre estos estudiantes un 10,7% de mujeres (163 de la muestra total) declararon haber sufrido ASI antes de cumplir los 14 años de edad.

En España, además de contar con numerosas investigaciones, se recogen datos oficiales del ASI gracias a organismos como el Ministerio del Interior y el Instituto Nacional de Estadística (INE). En la Imagen 1 se muestra una evolución del número de victimizaciones relativo a todos los delitos sexuales cometidos contra menores de edad desde el año 2012 hasta el 2022. La victimización es un término que engloba todos aquellos hechos que afectan a una misma víctima (INE, s.f.), por lo que una sola víctima puede sufrir varias victimizaciones; es importante tener este concepto en cuenta para poder interpretar correctamente los datos presentados a continuación.

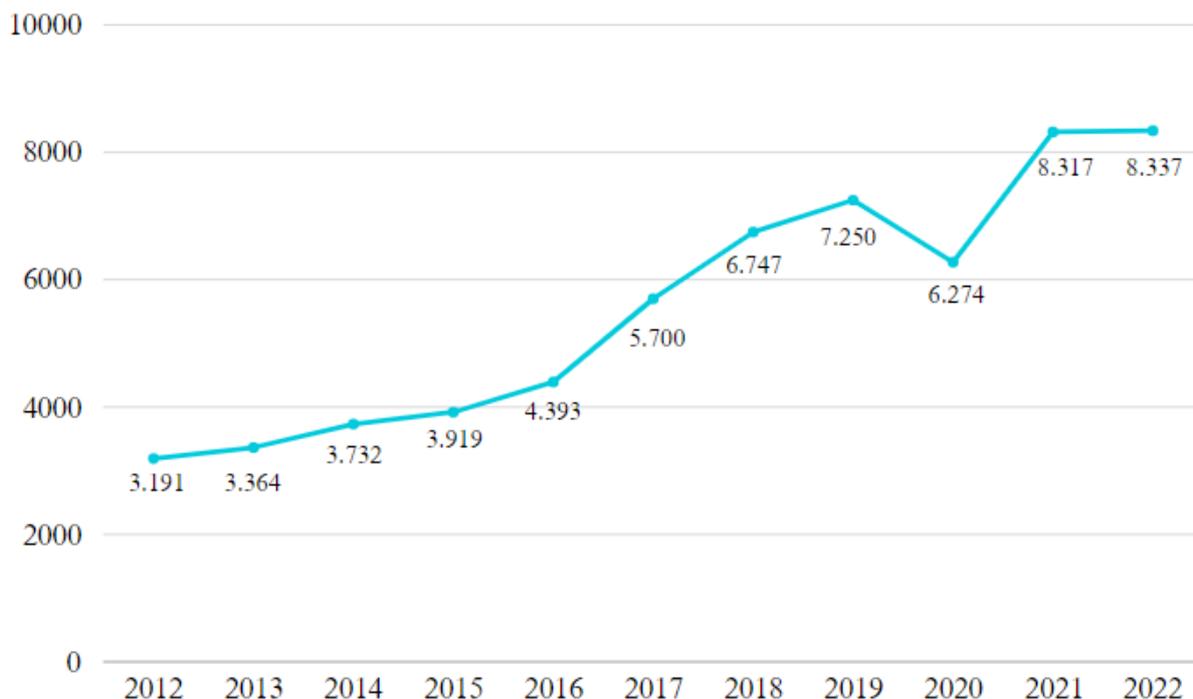


Imagen 1. Evolución de las victimizaciones por delitos sexuales contra menores de edad en España desde 2012 hasta 2022. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio del Interior (2017 y 2022).

En la Imagen 1 se observa un crecimiento paulatino de los delitos sexuales sufridos por menores de edad, alcanzando su máximo pico en el año 2022 con un número de victimizaciones de 8.337. Además, durante estos diez años la proporción de menores de edad víctimas de delitos sexuales fue siempre superior al 40%, frente a un 60% para el resto de edades adultas (Ministerio del Interior, 2017 y 2022). No obstante, si comparamos estos datos oficiales con otro tipo de información recogida en estudios de victimización, podemos deducir que quizás este aumento no sea del todo real, sino que refleja la tendencia ciudadana a denunciar cada vez más este tipo de delitos (Redondo y Mangot, 2017).

La fundación ANAR (cit. en Taibo, 2022) declaró que entre los años 2008 y 2019 se había producido un aumento de un 300,4% en el fenómeno del ASI. Por su parte, La Vanguardia, citada por Taibo (2022), explica el gran aumento en los casos de ASI desde el año 2021 (tal y como se muestra en la Imagen 1) por la pandemia del COVID-19; defiende que es probable que durante el confinamiento se produjeran más abusos y más reiterados

En el año 2022 la proporción de víctimas de abusos sexuales menores de dieciocho años fue de un 42,5%, frente a un 33% de víctimas entre 18 y 30 años, un 11,3% entre 31 y 40 años, un 11,8% entre 41 y 64 años y un 1% mayores de 65 años (Ministerio del Interior, 2022). También en el año 2022, respecto a la diferenciación de las victimizaciones según el sexo, hubo 779 victimizaciones masculinas por abuso sexual (16%) frente a 4.211 femeninas (84%), 152 victimizaciones masculinas por abuso sexual con penetración (11%) frente a 1.207 femeninas (89%) y 48 victimizaciones masculinas por pornografía infantil (42%) frente a 66 femeninas (58%) (Ministerio del Interior, 2022). El propio Ministerio del Interior (2022) refiere que el total de victimizaciones femeninas casi cuatricula a las masculinas.

Es importante destacar, de entre todos los delitos sexuales, el de contacto a través de medios tecnológicos con menores de dieciséis años con fines sexuales, ya que en los últimos años las victimizaciones de este delito se han disparado debido al enorme y rápido desarrollo de las nuevas tecnologías, tal y como se muestra en la Imagen 2, aumentado hasta un 441,3%

entre los años 2013 y 2022. El máximo número de victimizaciones se observa en el año 2020 con un total de 575, probablemente también debido a la pandemia y al confinamiento, ya que tanto los menores como sus agresores podían permanecer más tiempo utilizando los medios tecnológicos a través de los cuales se comunicaban.

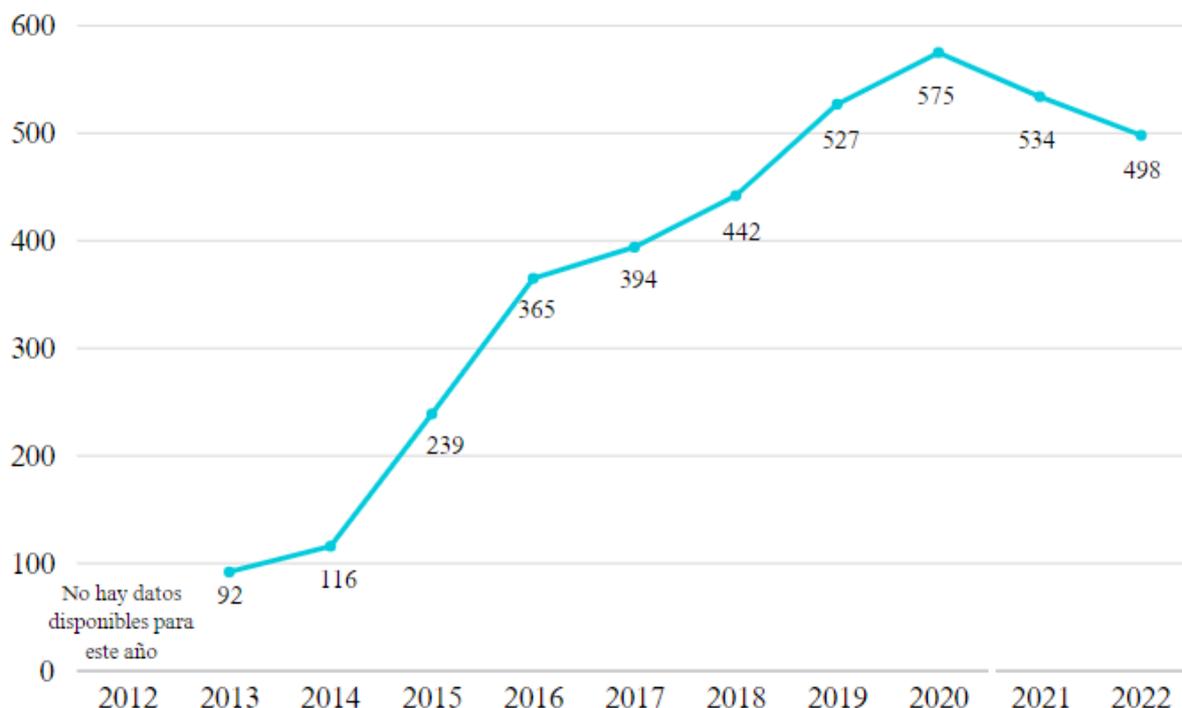


Imagen 2. Evolución de las victimizaciones por delito de contacto a través de medios tecnológicos con menores de dieciséis años con fines sexuales en España desde 2012 hasta 2022. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Ministerio del Interior (2017 y 2022).

Además de los datos ya comentados, es importante destacar otros de importancia. Según Cantón y Cortés (cit. en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021), los diferentes estudios epidemiológicos que se han desarrollado sobre este tema no han conseguido encontrar diferencias en la prevalencia según la etnia, la clase social o el nivel educativo de la víctima y su familia; sin embargo, se ha observado que aquellas familias con recursos socioeconómicos escasos presentan mayores tasas de prevalencia de ASI, aunque esto probablemente se deba a que, debido al estrecho contacto que tienen estas familias con los servicios sociales, los casos de ASI que se producen en las mismas son más fáciles de detectar. Por otro lado, se ha observado un aumento en el número de agresores menores de edad, adolescentes en su mayoría; según la fundación ANAR (cit. en Taibo, 2022), en el año 2020 tres de cada diez agresores eran menores de edad. En el año 2022 el número de agresores menores de edad (entre 14 y 17 años) ascendió hasta 1.031, representando un 8,8% del total de agresores ese año (Ministerio del Interior, 2022). La fundación ANAR (cit. en Taibo, 2022) declaró también que se han incrementado las agresiones en grupo, ya que en el año 2020 un 10,5% del total de abusos sexuales cometidos contra menores fue realizado por más de un agresor. Por último, Yanke (cit. en Taibo 2022) explica que tan solo un 31% de los casos de ASI ocurre una sola vez, el 69% restante desgraciadamente se reitera en el tiempo; de media los abusos a niñas pueden alargarse hasta tres años y los abusos a niños hasta un año.

La mayor parte de los datos hasta ahora comentados son datos pertenecientes a cifras oficiales, no obstante, en Criminología existe la llamada “cifra negra” que hace referencia a aquellos delitos que no son denunciados y que, por tanto, permanecen ocultos en las cifras

oficiales (Redondo y Mangot, 2017). Diferentes estudios han demostrado que dentro de los delitos sexuales tan solo se denuncian entre el 6% y el 20%, además estas cifras varían dependiendo del tipo de delito sexual del que se trate: mientras que las violaciones se denuncian hasta en un 50% de los casos, los abusos sexuales a menores se denuncian solamente en un 10%, por ello es importante prestar atención a los estudios de victimización que se desarrollan junto a los datos oficiales (Redondo y Mangot, 2017). Según Redondo y Garrido (cit. en Redondo y Mangot, 2017) este escaso porcentaje de denuncia podría explicarse por la cercanía que suele tener la víctima con su agresor.

En conclusión, todos los datos estadísticos recogidos a nivel mundial indican que el ASI es un problema de salud y social importante, incluso aunque sea un fenómeno con una enorme cifra negra (Martínez et al., citados en Losada, 2012). Autores como Barbaree et al. (cit. en Losada, 2012) exponen que el ASI es uno de los problemas actuales más serios, igualándose a la pobreza, la contaminación ambiental, el abuso de sustancias o el crimen no sexual, debido al gran número de víctimas al que afecta y, sobre todo, a las graves secuelas que produce en las mismas. Según La Vanguardia (cit. en Taibo, 2022), las cifras de ASI resultan bastante alarmantes, ya que hasta un 20% de niños y niñas entre Estados Unidos, Canadá y Europa ha sido víctima de este horrible suceso, y si estas cifras se correspondieran a una enfermedad, estaríamos hablando de una pandemia. Debido al reconocimiento del ASI como un grave problema, se han creado numerosos centros asistenciales y programas preventivos y de difusión de información (Losada, 2012); no obstante, es necesario continuar desarrollando programas educativos dirigidos a la población general y sobre todo a aquellos individuos en situación de riesgo, para de esta manera reducir considerablemente las tasas de prevalencia de este horrible delito y garantizar una infancia feliz a todas las niñas y niños (Martínez et al., citados en Losada, 2012).

CAPÍTULO 3. CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Las víctimas de ASI pueden sufrir secuelas negativas que afectan a diferentes planos vitales: el físico, el psicológico, el cognitivo, el conductual y/o el social, principalmente. Los síntomas provocados por el trauma de haber sido abusado o abusada sexualmente en la infancia alteran el pensamiento y la orientación emocional de la víctima, provocando que tenga una visión distorsionada del mundo, de sí misma y de su capacidad afectiva (Raffaele, 2013).

No obstante, no todas las víctimas de ASI manifiestan los mismos síntomas ni el mismo grado de afectación; es posible que algunas víctimas queden muy marcadas por el trauma mientras que otras experimentan otro tipo de secuelas (Villanueva, 2013). Además, no siempre el grado de sufrimiento de la víctima se corresponde proporcionalmente con el tipo de abuso que ha sufrido (Finkelhor, citado en Villanueva, 2013).

Según Lago y Céspedes (2006), hay varios factores que hacen variar el grado de alteración que puede llegar a sufrir la víctima de ASI; dichos factores se describen a continuación:

- En primer lugar, es fundamental la relación entre el agresor y su víctima, el agresor puede ser un conocido que sea una figura de autoridad para la víctima o un completo desconocido. Villanueva (2013) defiende que los abusos sexuales intrafamiliar (el agresor es conocido y familiar de la víctima) son más traumáticos, ya que la víctima experimenta además del abuso sexual unos fuertes sentimientos contradictorios respecto a la protección, confianza y apego que espera de su agresor y del resto del núcleo familiar.

- Según estos autores también es relevante el tipo de acto sexual que la víctima experimenta, ya que los abusos pueden ir desde besos o caricias hasta la penetración oral, vaginal y/o anal.
- Es importante también la frecuencia y duración de los abusos, ya que cuanto más se prolonguen en el tiempo los mismos más probable es que la víctima sufra una alteración mental grave.
- La violencia utilizada para establecer los abusos puede ir desde un convencimiento hasta una agresión física, pasando por amenazas y sobornos, por lo que la intensidad de la violencia empleada por el agresor para conseguir los abusos puede variar también las secuelas posteriores de la víctima.
- Hay que tener en cuenta también la edad de la víctima, ya que influye en el desarrollo posterior de la misma así como en la posibilidad de que quede embarazada o no, entre otras cosas.
- El número de agresores es relevante, ya que si la víctima ha sido abusada por diferentes agresores en diferentes momentos puede desarrollar un sentimiento de culpabilidad que evolucione hacia una revictimización cuando alcance la adultez.
- Una vez efectuada la denuncia, si se llegara a denunciar el abuso, el niño o niña puede caer en una revictimización debido al conflicto intrafamiliar generado y a la actitud que adopte el resto de familiares con respecto a la víctima, por ello las consecuencias de la denuncia influyen también en el trauma que vive el niño o niña.
- Por último, Lago y Céspedes defienden que las víctimas de ASI pueden sufrir una agresión institucional que agrave las secuelas del trauma. La agresión institucional se produce cuando el equipo, formado por diferentes profesionales, implicado en esclarecer el caso de abuso denunciado utiliza métodos que humillan a la víctima o a su familia. Es importante conocer dónde y cuándo es apropiado evaluar a la víctima, así como llevar a cabo una actuación coordinada entre los profesionales implicados.

Lago y Céspedes (2006), resumen estos factores explicando que aquellos casos de abuso más agudos estarán más relacionados con posteriores trastornos emocionales que afectan a varios contextos de la vida diaria de la víctima, mientras que casos de abuso más recurrentes y “crónicos” se suelen relacionar con trastornos mentales como depresión, con baja autoestima, con autolesiones y suicidios o intentos de suicidio, con adicciones, etc.

Summit (cit. en Villanueva, 2013), psiquiatra especializado en niños y niñas, describió en el año 1992 el síndrome de acomodación al abuso sexual, este síndrome hace referencia a patrones de comportamiento habitualmente observados en víctimas de ASI. Cuando un niño o niña sufre algún tipo de abuso pierde su homeostasis o equilibrio, por lo que tratará de restablecer la misma a través de diferentes conductas (Lago y Céspedes, 2006). Summit (cit. en Villanueva, 2013) describe seis patrones conductuales típicos que componen este síndrome:

1. En primer lugar, el secreto, esta es la base de cualquier abuso cometido sobre menores de edad. Los niños y niñas victimizados son obligados por su agresor a guardar el secreto a través de coerciones o amenazas físicas y/o emocionales, haciéndoles creer que si revelan el abuso pueden provocar una horrible crisis.
2. En segundo lugar, Summit describe la desprotección, el agresor educa al niño o niña para que sea cariñoso/a y obediente con los adultos de los que depende, de esta manera consigue que su víctima no se defienda o rechace activamente los abusos.

El niño o niña siente esa sensación de desprotección debido a que los adultos que deberían cuidarle son los mismos que le victimizan. Lago y Céspedes (2006) añaden a este estadio de desprotección el término de indefensión, un mecanismo de defensa referido a la actitud que adopta la víctima frente a los abusos: deja de resistirse y cede a que su agresor haga lo que quiera con ella, de esta manera evita lesiones.

3. Por otro lado, el atrapamiento y la acomodación surgen cuando los abusos se vuelven más reiterados en el tiempo, la víctima poco a poco se va adaptando a las demandas del abusador al mismo tiempo que descubre la gran traición que ha sufrido por parte de un adulto que debía protegerle. Las víctimas adoptan una fachada de normalidad a través de diferentes mecanismos de defensa, como el desarrollo de personalidades múltiples a las que les asigna el sufrimiento y dolor que siente o la rabia y frustración experimentada, la creación de amigos imaginarios para poder compartir el secreto y su sufrimiento, etc. Estos mecanismos, a pesar de ser útiles durante el periodo en el que se experimentan los abusos, pueden ser muy perjudiciales en la futura vida adulta de la víctima, causando disfuncionalidad en diferentes ámbitos vitales. Además, según Lago y Céspedes (2006), estos patrones conductuales de atrapamiento y acomodación pueden estar precedidos por una incitación por parte del agresor en la que amenaza a su víctima con abusar de otros niños y niñas si no cede y permite los abusos ella misma, de esta manera la víctima siente la necesidad proteger a otras posibles víctimas y se acomoda a los abusos.
4. Summit continúa describiendo la denuncia tardía, conflictiva y no convincente. La mayor parte de adultos que rodean a la víctima no están sensibilizados y no pueden llegar a creer que una niña o niño completamente normal pueda llegar a tolerar los abusos sin revelar el secreto, ni que un hombre con apariencia normal sea capaz de ejercer abusos sexuales repetidos con su propia hija o con cualquier otro menor. La víctima se enfrenta a una audiencia completamente incrédula, por lo que denunciar supone arriesgarse a no ser creída e incluso a recibir castigos o humillaciones. Por este motivo la denuncia suele ser tardía, no convincente y conflictiva, y la víctima suele guardar durante más tiempo el secreto. La revelación suele ocurrir cuando los abusos son descubiertos incidentalmente por una tercera persona o cuando hay un enorme conflicto familiar que los destapa (Villanueva, 2013).
5. Por último, Summit describió el patrón conductual de la retracción, la mayor parte de las víctimas se retraen después de revelar el abuso debido al gran miedo que sienten a ser rechazadas por su familia y de ser etiquetada como la culpable de que el abusador entre en prisión. Lago y Céspedes (2006) señalan que la confusión generada tras la revelación de un caso de ASI producen en la víctima sentimientos de culpa, inseguridad y ambivalencia, que provoca la retracción de la misma.

Todas estas horribles situaciones generadas durante y tras los abusos sexuales, provocan que las víctimas tiendan a adoptar patrones de conducta autodestructivos que les conducen a buscar contextos donde reinan el peligro y el libertinaje.

I. Secuelas físicas

Las secuelas físicas más inmediatas que pueden producirse en cualquier menor víctima de abusos sexuales son: picores, dolores, desgarros, hematomas o hemorragias en el área anogenital, dificultades para sentarse o caminar, infecciones del sistema urinario o de los genitales, embarazos, contagio de alguna enfermedad de transmisión sexual, etc. (De Manuel, 2017).

Existe, no tan a corto plazo, una relación causal entre haber sufrido abusos sexuales en la infancia y sufrir problemas graves de salud física (Cantón-Cortés y Cortés, 2015), entre los que destacan varios trastornos y sintomatologías. En primer lugar, es común sufrir Trastorno de Somatización, definido por la APA (cit. en Pereda, 2010) como el sufrimiento de síntomas somáticos (físicos) que necesitan de un tratamiento médico, pero que no pueden ser explicados en su totalidad por ninguna enfermedad conocida, ni por los efectos de ninguna sustancia. También es común para las víctimas de ASI sufrir trastornos de la alimentación y gastrointestinales y dolores crónicos como cefaleas e incluso fibromialgia (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Pereda, 2010).

Además, se han detectado trastornos de conversión en víctimas de ASI; según la APA (cit. en Pereda, 2010), estos trastornos alteran alguna de las funciones sensoriales o motoras de la persona que los padece. Otro tipo de trastorno que pueden sufrir las víctimas de abusos son las crisis convulsivas no epilépticas, estas crisis cambian el comportamiento de la víctima durante un breve periodo de tiempo, aparentemente causando una crisis epiléptica, no obstante, el origen de estas crisis no son cambios eléctricos anormales en el sistema nervioso central, sino la experiencia de algún evento altamente estresante (Pereda, 2010).

Pereda (2010) destaca también los desórdenes ginecológicos, como un inicio temprano de la menopausia o dolores crónicos pélvicos, en mujeres que han sufrido abusos sexuales en la infancia.

Por último, se ha demostrado una relación causal entre un peor estado de salud física en general y haber sufrido abusos sexuales en la infancia; este peor estado de salud física puede consistir en síntomas físicos reales, así como en la percepción subjetiva que tiene la víctima de su propio estado de salud (Pereda, 2010). Bonomi et al. (cit. en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) desarrollaron un estudio en el año 2008 con un grupo de más de tres mil mujeres mayores de edad; los resultados demostraron que aquellas mujeres que habían sufrido tanto abusos sexuales como físicos en la infancia eran las que peor ajuste físico presentaban, con síntomas como dolor en las articulaciones, náuseas, fatiga, problemas gastrointestinales, etc.

II. Secuelas psicológicas

1. Secuelas psicológicas a corto plazo

Las secuelas psicológicas a corto plazo son aquellas que se presentan en los dos años posteriores al sufrimiento de los abusos sexuales, aproximadamente, por lo que suelen estar presentes durante los periodos de desarrollo de la infancia y la adolescencia (Pereda, 2009).

Según Lameiras (citado en Cantón-Cortés y Cortés, 2015), las consecuencias psicológicas más inmediatas que pueden presentar las víctimas de ASI varían según la etapa evolutiva en la que se encuentren: infancia, edad escolar o adolescencia, existiendo manifestaciones típicas para cada etapa del desarrollo.

En la infancia la mayor parte de los síntomas presentes son de tipo somático, como dolores de cabeza o gastrointestinales, enuresis y encopresis. Además también pueden estar presentes problemas internalizantes (como ansiedad), retrasos en el desarrollo y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Mellon et al., citados en Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Se han desarrollado distintos estudios a través de la observación del juego libre de las víctimas con muñecos y de la evaluación de algunos dibujos de personas humanas realizados por las mismas, cuyos resultados han derivado a que numerosos autores coincidan en que el síntoma más característico en esta etapa evolutiva es la presencia de conductas sexualizadas (Cantón-Cortés

y Cortés, 2015), este tipo de conductas será explicado con más detalle en el apartado de secuelas conductuales.

Para detectar las principales secuelas en niños y niñas en edad escolar se han desarrollado un mayor número de investigaciones. Algunos de los síntomas presentes en estas víctimas coinciden con los explicados anteriormente para la etapa de la infancia, sin embargo, aparecen también nuevos síntomas. Entre estos nuevos síntomas destacan: trastornos disociativos, problemas en las relaciones interpersonales con sus iguales, problemas externalizantes (como conductas agresivas), bajo rendimiento académico y desregulaciones tanto en el eje hipotalámico hipofisario-adrenal como en los niveles de cortisol, lo que provoca problemas emocionales en las víctimas (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Según Echeburúa y Guerricaechevarría (citados en Sigalat, 2019), las víctimas en edad escolar suelen tener con mayor frecuencia sentimientos de vergüenza y de culpa, en comparación al resto de sus iguales no víctimas.

Por último, la mayor parte de las manifestaciones típicas en víctimas adolescentes son similares a las descritas en víctimas en edad escolar, destacan sobre todo: desregulaciones hormonales, trastornos disociativos, TEPT, problemas tanto internalizantes como externalizantes y bajo rendimiento académico (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). No obstante, también aparecen nuevos problemas, como una mayor probabilidad de cometer delitos, de consumir sustancias adictivas, de autolesiones o suicidio, de sufrir algún trastorno alimenticio, de practicar conductas sexuales de riesgo y prematuras y de tener problemas de salud física en general (Feiring et al., citados en Cantón-Cortés y Cortés, 2015). La mayor parte de estas manifestaciones serán explicadas con más detalle en los siguientes apartados del presente capítulo.

2. Secuelas psicológicas a largo plazo

Las consecuencias psicológicas a largo plazo son aquellas que se manifiestan a partir de los dos años siguientes al sufrimiento de los abusos (Browne y Finkelhor, citados en Pereda, 2010). Las secuelas a largo plazo suelen ser menos frecuentes que las secuelas a corto plazo, pues estas se presentan tan sólo en un 20% de las víctimas de ASI aproximadamente (López, citado en Pereda, 2010). Diferentes estudios centrados en este tipo de secuelas han demostrado que la sintomatología psicopatológica disminuye en las víctimas de ASI con el paso del tiempo; concretamente, los resultados de una investigación desarrollada por Rind et al. (cit. en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) en el año 1998 mostraron que 1/3 de las mujeres adultas y 2/3 de los hombres adultos, que en su infancia sufrieron abusos sexuales, no presentaban ningún tipo de sintomatología clínica.

No obstante, a pesar de ser menos frecuentes, las secuelas psicológicas a largo plazo constituyen un amplio abanico de trastornos psicopatológicos y el ASI es un factor de riesgo muy relevante para el desarrollo de los mismos en la adultez (Flitter et al., citados en Pereda, 2010). Además, aunque algunos síntomas psicopatológicos disminuyen con el paso del tiempo (como la ansiedad), otros tienen una evolución completamente opuesta, ya que aumentan significativamente con el paso del tiempo (como las conductas sexuales mal adaptativas y la agresividad) (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Es importante tener en cuenta también un tipo de secuelas denominado “efectos durmientes” que puede presentarse en algunas víctimas de ASI. Según Cantón-Cortés y Cortés (2015) estaríamos ante efectos durmientes cuando la víctima de ASI no presenta ningún tipo de consecuencia problemática en los momentos iniciales tras el abuso, pero a medida que pasa el tiempo empieza a presentar sintomatología psicopatológica sin una causa clara. Estudios

iniciales, como el de Mannarino et al. en 1991, indicaban que los efectos durmientes aparecen en las víctimas un año después de haber vivenciado la horrible de experiencia del abuso. No obstante, estudios más recientes defienden que los efectos durmientes pueden llegar a aparecer muchos más años después, Cantón-Cortés (cit. en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) declaró en el año 2013 que los efectos durmientes pueden aparecer incluso cuando la víctima alcanza la edad adulta, ya que cualquier evento estresante o que pueda recordar a los abusos puede disparar la sintomatología psicopatológica.

En general, los diferentes expertos en ASI indican que las víctimas suelen tener una peor salud mental global en comparación a las personas no víctimas, con una mayor variedad de trastornos psicopatológicos y cantidad de síntomas (Pereda, 2010).

Por un lado, las víctimas de ASI tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastornos emocionales en la edad adulta, entre los que destacan: ansiedad, baja autoestima y depresión (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Según Berliner y Elliott (cit. en Cantón-Cortés y Cortés, 2015), las víctimas de ASI tienen una probabilidad de ser diagnosticada con algún trastorno de ansiedad hasta cinco veces mayor que las no víctimas, entre estos trastornos de ansiedad destacan fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno de pánico. Un estudio desarrollado por Cantón y Justicia (cit. en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) en el año 2008 con 83 universitarios y universitarias víctimas de ASI, demostró que las víctimas presentan hasta un 21% más de probabilidad de tener problemas de autoestima en comparación a las no víctimas. En último lugar, “la depresión es uno de los síntomas más frecuentes en adultos abusados sexualmente durante la infancia” (Berliner y Elliot, citados en Cantón-Cortés y Cortés, 2015, p. 553).

Por otro lado, se ha encontrado en diferentes investigaciones una relación entre la presencia de trastornos de personalidad y disociativos y haber sido víctima de ASI, entre estos trastornos de personalidad destacan el esquizoide y antisocial, entre otros (Katerndahl et al., citados en Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Según Sarason, citado por Villanueva (2013), los trastornos disociativos de la personalidad pueden ser crónicos o pueden presentarse de manera aguda y son aquellos que alteran las funciones cognitivas de la memoria, la conciencia y la identidad. Este autor explica que aquellas personas que padecen trastornos disociativos presentan sintomatología relacionada con la alteración de la conciencia, que se utiliza como un mecanismo de defensa para escapar del estrés, de la ansiedad o de una vivencia dolorosa, entre esta sintomatología destaca: la pérdida temporal de la propia identidad, la asunción de una nueva identidad, la pérdida del sentimiento de realidad, la disociación y la despersonalización.

Además, también se ha encontrado una relación entre haber sufrido abusos sexuales en la infancia y el desarrollo de trastorno de estrés postraumático (TEPT), hasta un 36% de víctimas de ASI sufren o han sufrido TEPT (Berliner y Elliot, citados en Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Este trastorno puede presentarse en aquellas personas que han sufrido cualquier tipo de evento traumático y altamente estresante, la sintomatología incluye sueños repetidos sobre el evento, insomnio, vivencia realista del pasado (*flashbacks*) y depresión (Villanueva, 2013). Si el TEPT llegara a desarrollarse durante la infancia, algunas de sus manifestaciones serían: síntomas somáticos, como dolores de cabeza o gastrointestinales, y/o conducta agitada y desestructurada (Vesga, 2020).

Finalmente, las conductas autolesivas, las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio son otro tipo de secuelas psicológicas del ASI muy graves que, por desgracia, son bastante frecuentes en las víctimas (Pereda, 2010). Estudios como el de Garneski y Diekstra (cit. en Pereda, 2009) en el año 1997 mostraron que las ideas y la conducta suicida se

presentaban hasta en un 50% de los hombres y un 37,4% de las mujeres víctimas de abusos sexuales en la infancia.

III. Secuelas cognitivas

Las principales secuelas cognitivas que puede provocar el ASI son: retrasos en el aprendizaje, retrasos de desarrollo, bajo rendimiento académico y peor rendimiento académico general (De Manuel, 2017; Orjuela y Rodríguez, 2012).

Además, destaca entre las víctimas de ASI, como una secuela cognitiva a corto plazo, el desarrollo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que engloba conductas hiperactivas así como problemas de concentración y de atención (Pereda, 2009; Orjuela y Rodríguez, 2012). Según un estudio desarrollado por Ackerman et al. en 1998 (cit. en Pereda, 2009), hasta un 40% de las víctimas de ASI presentaban sintomatología hiperactiva.

IV. Secuelas conductuales

Como ya se ha mencionado anteriormente, una de las secuelas más características que sufren los menores tras los abusos sexuales es la presencia de conductas sexualizadas o comportamientos erotizados, este tipo de conductas es uno de los indicadores más fiables para detectar un caso de ASI (Pereda, 2009). Las conductas sexualizadas han sido mencionadas anteriormente en el apartado de secuelas psicológicas, pero sería más correcto clasificarlas y explicarlas más detalladamente en este apartado de secuelas conductuales. En la revisión desarrollada por Bromberg y Jonson (cit. en Pereda 2009) en el año 2001 se demostró que las conductas sexualizadas eran hasta quince veces más probables en niños y niñas víctimas de abusos sexuales que en menores no víctimas.

Varios autores han investigado acerca de las conductas sexualizadas normativas para cada grupo de edad y para cada género y, al compararlas con las conductas sexualizadas presentes en menores víctimas de abusos sexuales, han comprobado que estos últimos tienen una gran cantidad de conductas y conocimientos sexuales no normativos para su edad (Pereda, 2009). Las niñas y niños que han sufrido abusos presentan excesivas preocupaciones sexuales, juegos sexuales compulsivos y conductas sexuales también compulsivas, como la masturbación (Raffaele, 2013). Barudy (cit. en Pereda, 2009) afirma que, en general, las víctimas de ASI desarrollan de manera rápida y prematura su sexualidad, mientras que en el plano relacional y psicoafectivo tienen mayores dificultades de desarrollo.

Estas conductas sexualizadas que aparecen en la infancia pueden evolucionar hacia conductas sexuales promiscuas o embarazos no deseados en etapas posteriores del desarrollo, como la adolescencia; todo esto hace que el riesgo de revictimización aumente (Fiscella et al., citados en Pereda, 2009). La revictimización es una de las consecuencias más graves que pueden sufrir las víctimas de ASI y que consiste en experiencias posteriores de violencia sexual y/o física causadas por agresores diferentes a los que cometieron los abusos en la infancia (Maker et al., citados en Pereda, 2010). Las conductas sexualizadas pueden evolucionar también hacia la prostitución, mayormente en países de Asia o de América del Sur (Cusick, citado en Pereda, 2009). En la adultez, aquellas mujeres que en su infancia sufrieron abusos sexuales tienen más probabilidades de realizar conductas sexuales mal adaptativas e insanas, como llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo o evitar activamente el sexo; además, suelen presentar mayores disfunciones y problemas en el plano de la sexualidad (Randolph y Reddy, citados en Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Crittenden y DiLalla (cit. en Pereda, 2009) describieron en el año 1988 un patrón de conducta específico presente en víctimas de ASI: la conformidad compulsiva. La conformidad compulsiva es un patrón conductual que utilizan algunas víctimas de abusos sexuales para acomodarse, tanto físicamente como psicológicamente, a esta horrible experiencia y poder sobrevivir. Este patrón conductual consiste en establecer un comportamiento conformista por parte de la víctima, de manera que su agresor no utilice métodos violentos y hostiles para conseguir lo que quiere y conseguir así que los encuentros sean lo menos desagradables posible; este patrón podría corresponderse con el término de indefensión descrito por Lago y Céspedes y explicado al inicio de este capítulo. Crittenden y DiLalla defienden que este mecanismo de defensa es adaptativo durante el periodo de tiempo en el que se producen los abusos, pero en etapas del desarrollo posteriores puede suponer un riesgo si se generaliza al resto de relaciones interpersonales que establece la víctima.

Otro patrón conductual descrito para víctimas de ASI (sobre todo para víctimas de sexo masculino) y completamente opuesto al explicado anteriormente es: el patrón de conductas disruptivas y disociales (Romano y De Luca, citados en Pereda, 2009). Los menores víctimas de abusos sexuales presentan mayores niveles de hostilidad que menores no víctimas, una posible explicación a este fenómeno es que las víctimas aprenden que la agresividad y la violencia les permiten conseguir aquello que desean (Pereda, 2009, 2010).

En la etapa adulta de las víctimas de ASI, varios estudios han encontrado una relación causal entre haber sido víctima y abusar de sustancias (alcohol y drogas), delinquir, abusar de otros niños y ser agresivo y violento (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Respecto a delinquir, Sigfusdottir et al. (citados en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) desarrollaron en el año 2008 una investigación con más de nueve mil universitarios y universitarias, los resultados mostraron que aquellos estudiantes que habían sufrido abusos sexuales en la infancia tenían una mayor probabilidad de delinquir en la actualidad. Por otro lado, varias revisiones como la de Widom en 1989 o la de Maxfield y Widom en 1996 (citados en Pereda, 2009) constatan que el haber sufrido abusos sexuales durante la infancia es un factor de riesgo para que en la etapa adulta se victimice a otros niños y niñas, este fenómeno recibe el nombre de transmisión intergeneracional de la violencia y es una de las secuelas más graves del abuso sexual infantil, ya que condena a que este horrible suceso se repita una y otra vez.

Por último, un estudio longitudinal desarrollado por Kaufman y Widom (citados en Pereda, 2010) desde el año 1989 hasta el 1995 demuestra que las víctimas de ASI tienen un mayor riesgo de huida del hogar, que a su vez se relaciona con un incremento en el riesgo de ser arrestado por cometer diversos delitos.

V. Secuelas sociales

Según Pereda (2010), el área social y de relaciones interpersonales de las víctimas de ASI suele quedar bastante afectada, tanto a corto como a largo plazo. Este autor resalta que las víctimas de abusos sexuales durante la infancia presentan menor número de interacciones sociales, mayor ansiedad y aislamiento social y niveles muy bajos de participación en la comunidad. Un estudio desarrollado por Oates et al. en el año 1985 (cit. en Pereda, 2009), arrojó resultados que demostraban que las víctimas ASI tenían una menor cantidad de amistades, ya que, de los participantes seleccionados para el estudio, un 43% de víctimas manifestaron no tener demasiados amigos, frente a un 11% de los participantes no víctimas.

Cortés y Cantón (cit. en Cantón-Cortés y Cortés, 2015) añaden que las víctimas de abusos sexuales pueden tener una percepción distorsionada de sí mismas en las relaciones con

otras personas, suponiendo esto un obstáculo a la hora de confiar en los demás, así como de iniciar y mantener relaciones interpersonales.

Los niños y niñas víctimas de ASI pueden tener problemas en su vida adulta en lo que respecta a las relaciones de pareja, que suelen ser relaciones inestables que las víctimas perciben de manera negativa. Además, pueden aparecer problemas en la crianza de los futuros hijos e hijas, en la que destacan patrones parentales permisivos pero con una frecuente utilización del castigo físico (Pereda, 2010).

Por último, es importante relacionar algunas de las secuelas conductuales anteriormente mencionadas con el contexto social de la víctima, ya que conductas antisociales como el vandalismo o la agresividad (Lago y Céspedes, 2006), afectan de manera significativa a la funcionalidad de la víctima en su plano social y no solo en el conductual.

CAPÍTULO 4. TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

I. Legislación reguladora del abuso sexual infantil

En España existen algunos instrumentos políticos y legales, articulados por las diferentes administraciones públicas, que permiten la prevención y persecución del ASI, así como la protección de niñas y niños víctimas del mismo (Orjuela y Rodríguez, 2012). Entre estos instrumentos destaca la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, es decir, el Código Penal.

Tal y como indican Orjuela y Rodríguez (2012), el Código Penal (CP) es la norma que tipifica todas aquellas conductas perseguibles penalmente en nuestro país, implicando así tanto al ámbito judicial como a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Las agresiones sexuales quedan recogidas en nuestro CP en los capítulos I y II del Título VIII de delitos contra la libertad sexual. Estas autoras explican que, tras sucesivas reformas, el CP ha conseguido finalmente profundizar y mejorar los tecnicismos a la hora de regular los abusos sexuales a menores. Una de las mejoras introducidas con las sucesivas reformas ha sido la incorporación de delitos que han ido surgiendo en relación con las nuevas tecnologías, como el ciberacoso sexual a menores o el *child grooming*. Además, se han incorporado dos medidas adicionales para los agresores sexuales de menores: la libertad vigilada como medida de seguridad tras la ejecución de la pena y la privación de la patria potestad como pena adicional no privativa de libertad si el reo hubiera cometido los abusos sexuales sobre un víctima que estaba bajo su cuidado (Orjuela y Rodríguez, 2012).

Los artículos 178 a 180 del CP recogen aquellas conductas relacionadas con el delito de agresiones sexuales, mientras que los artículos 181 a 183 bis del CP recogen aquellas conductas relacionadas con agresiones sexuales a menores de dieciséis años (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre), por lo que se procederá a una comparación en la tipificación de ambos tipos de conductas.

En primer lugar, la pena establecida para cualquier acto que atente contra la libertad sexual de la víctima, cuando no haya consentimiento por parte de la misma, es de uno a cuatro años de prisión, mientras que para víctimas menores de dieciséis años la pena aumenta a prisión de dos a seis años (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre). Además, en el artículo 181 del CP no se hace referencia al consentimiento, por lo que se entiende que no importa si hay o no consentimiento expreso por parte de la víctima, siempre se considerará que se ha producido una agresión sexual si la víctima tiene menos de dieciséis años

Por otro lado, cuando los actos mencionados anteriormente se lleven a cabo con violencia o intimidación, o cuando la víctima tenga anulada su voluntad por cualquier circunstancia, las penas establecidas son de uno a cinco años de prisión cuando la víctima tiene dieciséis años o más y de cinco a diez años de prisión para víctimas menores de dieciséis años (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre).

Cuando la agresión sexual conlleve acceso carnal por vía bucal, anal o vaginal, o conlleve la introducción de objetos o miembros corporales por la vía anal o vaginal, se considerará violación y la pena de prisión será de cuatro a doce años o de ocho a doce años si la víctima fuera menor de dieciséis años. Además, si la violación se hubiera llevado a cabo empleando violencia o intimidación, o si la víctima tuviera anulada su voluntad, la pena de prisión será de seis a doce años o de doce a quince años si la víctima tuviera menos de dieciséis años (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre).

Las agravantes establecidas para víctimas, tanto mayores como menores de dieciséis años, son las mismas y aumentan las penas previamente señaladas, en el caso de las víctimas menores de dieciséis años aumentándolas en su mitad superior. Una de las agravantes establecidas hace referencia a las características individuales de la víctima, y refiere que los hechos revestirán especial gravedad cuando la víctima se halle en una situación de vulnerabilidad por padecer alguna enfermedad o discapacidad y, en todo caso, cuando tenga menos de cuatro años de edad. Otra de las agravantes que merece especial mención hace referencia a la relación entre la víctima y el agresor, especificando que la pena aumentará cuando el agresor se halle ligado a la víctima por una relación de convivencia, de parentesco o de superioridad (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre).

En todo caso, se puede observar que, cuando la víctima es menor de dieciséis años, las penas impuestas para los agresores aumentan, se imponen en su mitad superior o se incrementan en grado, remarcando así la gravedad que tiene este delito.

Además, los artículos 182 y 183 del CP tipifican conductas específicas para víctimas menores de dieciséis años. Por un lado, el artículo 182 del CP establece que el responsable que haga presenciar a la víctima actos sexuales, aunque el primero no participe en ellos, será castigado con prisión de seis meses a dos años y, si los actos presenciados constituyeran a su vez un delito contra la libertad sexual, con prisión de uno a tres años. Por otro lado, el artículo 183 del CP tipifica los delitos de ciberacoso sexual a menores y *child grooming*, previamente mencionados, concretamente establece que: el responsable que a través de las nuevas tecnologías contacte con una víctima menor de dieciséis años para establecer un acercamiento con la finalidad de cometer una agresión sexual, será castigado con pena de prisión de uno a tres años o multa de doce a veinticuatro meses, y si el responsable utiliza engaño, coacción o intimidación estas penas se impondrán en su mitad superior. Si el responsable estableciera el acercamiento para recibir o enviar material pornográfico infantil será castigado con la pena de seis meses a dos años de prisión (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre).

Es relevante mencionar que el artículo 183 bis excluye la responsabilidad penal siempre y cuando se cumplan una serie de requisitos (deben cumplirse todos ellos): que el responsable no haya utilizado violencia, intimidación o se haya aprovechado de la anulación de la voluntad de la víctima para llevar a cabo los actos sexuales, que el menor de dieciséis años haya dado su libre consentimiento, y que el responsable sea próximo en edad, grado de desarrollo y madurez psicológica y física al menor (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre).

Finalmente, el capítulo VI de este Título VIII establece algunas disposiciones comunes a los capítulos anteriores, entre las que se recogen las medidas mencionadas por las autoras Orjuela y Rodríguez anteriormente: la libertad vigilada y la privación de la patria potestad. El

artículo 192.1 del CP establece que, tras la ejecución de la pena privativa de libertad por parte del reo, se le impondrá la medida de libertad vigilada por un tiempo de cinco a diez años si el delito fuera grave y de uno a cinco años si fuera menos grave. Por su parte, el artículo 192.3 del CP establece que, cuando la víctima sea menor de edad, se impondrá la pena de privación de la patria potestad de cuatro a diez años. Además, este mismo artículo señala que se impondrá la pena de inhabilitación especial para cualquier actividad o profesión que conlleve el contacto con menores de edad a todos aquellos reos responsables de delitos contra la libertad sexual, por un tiempo superior a la pena privativa de libertad impuesta de entre dos y veinte años para delitos menos graves y de entre cinco y veinte años para delitos graves. Por último, el artículo 191 del CP establece como disposición común que, para cualquier agresión sexual cometida sobre una víctima menor de edad, será suficiente con la denuncia del Ministerio Fiscal para su persecución y que el perdón del ofendido no extinguirá la responsabilidad penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre). Con este último artículo se ofrece una especial protección a los menores de edad, ya que no es necesario que ellos mismos o alguna persona de su entorno denuncie los hechos de abuso sexual para que los mismos sean perseguidos, ya que con la denuncia del Ministerio Fiscal sería suficiente.

Además del Código Penal existen otros instrumentos destinados principalmente a la protección de los niños y niñas y a la prevención del ASI. Por un lado, el Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil, desarrollado por el Observatorio de Infancia, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en el año 2007, recoge las diferentes formas del maltrato infantil, entre las que incluye el abuso sexual, y establece actuaciones sobre distintos ámbitos. Por otro lado, el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia, desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad, establece el objetivo de proteger la infancia e impulsar los derechos de los niños y niñas con relación a las tecnologías de la información y la comunicación (Orjuela y Rodríguez, 2012).

En el plano internacional también se han desarrollado varios mecanismos y tratados para perseguir los abusos sexuales en la infancia, prescribiendo obligaciones que los Estados deben cumplir y mecanismos de supervisión, reforzando así el acuerdo y compromiso de carácter internacional para luchar contra esta lacra social (Orjuela y Rodríguez, 2012).

En primer lugar, Naciones Unidas ha desarrollado diferentes documentos muy relevantes a la hora de combatir el ASI. La Convención sobre Derechos del Niño que reconoce una extensa lista de derechos, especialmente dirigida a los niños y niñas por su especial vulnerabilidad, fue aprobada en el año 1990 casi unánimemente por la Asamblea General. Esta Convención creó el Comité de los Derechos del Niños, que está compuesto por expertos encargados de supervisar que los diferentes Estados apliquen lo establecido en la Convención. Además, los Estados involucrados en esta Convención deben presentar informes al Comité cada cierto tiempo, informando sobre el cumplimiento de sus obligaciones; este informe será devuelto a cada Estado con las preocupaciones y recomendaciones que el Comité considere oportunas. Por su parte, el Secretario General de Naciones Unidas puede solicitar a un experto un informe que aporte conocimientos sobre las diferentes formas de violencia que pueden ejercerse sobre los niños y niñas, de manera que los Estados puedan ampliar sus conocimientos sobre esta problemática y sobre las mejores medidas para vencerla (Orjuela y Rodríguez, 2012).

En segundo lugar, el Consejo de Europa ha desarrollado un convenio para la protección de los niños y niñas contra el abuso y la explotación sexual, que propone diferentes medidas que pueden adoptar los Estados miembro para luchar contra este horrible fenómeno. Además, este convenio cuenta con la creación de un órgano de control formado por diferentes expertos para supervisar el cumplimiento de estas medidas. El Consejo de Europa ha desarrollado también la campaña *Uno de cada cinco*, dirigida a la prevención del ASI. Esta campaña

proporciona información y mecanismos para prevenir el ASI, está dirigida a toda la población en general y su objetivo principal es la concienciación social. En España, la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil es la encargada de desarrollar esta campaña, que refuerza con formación sobre profesionales que estén en contacto frecuente con menores de edad (Orjuela y Rodríguez, 2012).

Por último, la Unión Europea (UE) ha establecido algunos planes de acción para coordinar las diferentes políticas de los Estados miembro y paliar de manera efectiva el ASI, tales como: la Directiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, para luchar contra la explotación y los abusos sexuales sobre menores y contra la pornografía infantil; la *Agenda de la UE en pro de los Derechos del Niño*; y la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo que establece las normas mínimas de la protección, el apoyo y los derechos de las víctimas (Orjuela y Rodríguez, 2012).

II. Prevención del abuso sexual infantil

Las estrategias de prevención consisten en todas aquellas acciones encaminadas a la no aparición de la problemática en cuestión o a la disminución de sus secuelas negativas, si esta llegara a aparecer. Cualquier prevención está enfocada a aumentar los factores de protección de las víctimas al mismo tiempo que se reducen los factores de riesgo. En el caso del ASI, las intervenciones preventivas están dirigidas a dos objetivos principales: la evitación de la producción de los abusos y la detección temprana de los mismos si se produjesen (Deza, 2005).

Según Deza (2005), en general, los programas que tratan de prevenir los abusos sexuales en la infancia están enfocados en el fortalecimiento de tres aspectos fundamentales: del conocimiento sobre el ASI, de la información sobre diferentes recursos de protección y de apoyo a los que se puede acudir, y del control sobre la propiedad del propio cuerpo.

Sigalat (2019) menciona y describe algunos de los programas preventivos más relevantes y más utilizados en España. En primer lugar, el programa *¡Eh! ¡No te despistes!*, creado por Alonso et al. en el año 1999, consiste en una guía informativa para profesionales educativos y para padres y madres en la que se trata la prevención del ASI así como de otros malos tratos hacia los menores. En segundo lugar, el programa *Rompe el Silencio*, creado en el año 2002 por la Asociación Catalana para la Infancia, pretendía conseguir un aumento de los niños y niñas en: su autoestima, su independencia y autonomía, su libertad y su capacidad de autoprotegerse; además de aportar a los mismos algunas herramientas para aprender a pedir ayuda y a no culparse por los abusos sufridos. En tercer lugar, el programa *¡Grita muy fuerte!*, creado en el año 2010 por la Asociación Red de Ayuda a Niños Abusados, tenía el objetivo principal de dotar a niños y niñas (de entre 6 y 10 años) de las herramientas necesarias para potenciar el respeto, la comunicación y la evitación de situaciones de riesgo, entre otras cosas. En último lugar, la asociación Save the Children ha desarrollado múltiples instrumentos para luchar contra el ASI, entre los que destacan un programa preventivo del ASI en el ámbito educativo desarrollado en el año 2000 y un manual formativo dirigido a profesionales creado en el año 2001.

Es importante destacar que la participación de los niños y niñas en las estrategias de prevención del ASI es clave para alcanzar la máxima eficacia de las mismas, de lo contrario ninguna intervención preventiva podrá lograr su principal objetivo. Sin embargo, esta participación se ha visto a menudo entorpecida por la creencia popular de que los niños son seres a los que no se les puede hablar sobre la sexualidad hasta que alcancen la adolescencia o la edad adulta. Este falso mito ha provocado que los niños y niñas no tengan las herramientas necesarias para: reconocer si están sufriendo un abuso sexual, defenderse del mismo o

denunciarlo. Por tanto, queda claro que la inclusión de los menores en las estrategias preventivas es algo totalmente necesario (De Manuel, 2017).

1. Factores protectores

Los dos principales factores protectores que es necesario fortalecer en niños y niñas para prevenir los abusos sexuales son: aumentar sus conocimientos y desarrollar ciertas habilidades. Respecto al aumento de conocimientos, es necesario que los menores conozcan: sus derechos y deberes, el concepto de ASI, las partes del cuerpo (incluyendo las partes íntimas), las distintas caricias por las diferentes partes del cuerpo, los límites que no se deben traspasar en la relación tanto con iguales como con adultos, la diferenciación entre secretos que pueden ser guardados y los que no pueden serlo, y las herramientas de seguridad (el número de teléfono de sus padres, por ejemplo) y las personas de confianza a las que pueden recurrir. Respecto al desarrollo de habilidades, entre estas destacan: la resolución de problemas, el autocuidado del cuerpo, la capacidad de superación y la defensa de sus derechos, entre otras (Deza, 2005).

Los centros educativos y las propias familias de los menores pueden ayudar a potenciar estos factores protectores, siempre teniendo en cuenta que los menores que están bien informados y que se desarrollan en un ambiente de seguridad y de lazos afectivos estables tienen menor probabilidad de sufrir abusos. Por tanto, los padres, madres y profesionales educativos deben proporcionar a los menores información sobre la sexualidad (siempre adecuada a la edad de cada menor), esta información debe ser clara, sencilla y precisa. El menor debe saber que su cuerpo es suyo y que nadie puede obligarle a llevar a cabo acciones que no desee, de esta manera se potencia el autocuidado y la autoprotección. Además, se debe concienciar a los menores de que pueden decir “no” a cualquier adulto cuando este le proponga algo que les incomode o que implique guardar un secreto. Por otro lado, es importante promover la comunicación y el diálogo, enseñando a los menores la expresión de emociones y escuchándolos siempre. Los educadores, madres y padres deben también asegurar a los niños y niñas que siempre van a estar dispuestos a ayudarles ante los problemas que les surjan. Por último, estos adultos deben estar siempre atentos a las manifestaciones conductuales o verbales que lleven a cabo los menores para detectar posibles abusos y buscar la ayuda adecuada (Deza, 2005).

En realidad, tal y como indica Deza (2005, p. 23), “la mejor forma de prevenir el abuso sexual es propiciar una buena comunicación entre padres e hijos, maestros y alumnos que permita en forma conjunta tomar las decisiones más adecuadas”.

2. Intervenciones preventivas

Las intervenciones preventivas primarias del ASI son comúnmente dirigidas a tres grupos poblacionales: los propios menores, los padres y madres de menores y profesionales implicados con menores (García, 2019).

Según Alonso (1997), los centros educativos son uno de los lugares más adecuados para enseñar a los niños y niñas cómo detectar y evitar los abusos sexuales, al mismo tiempo que se remarca la importancia del respeto al propio cuerpo, se aporta una visión positiva de la sexualidad y se les enseña a decir “no” a ciertos contactos físicos y a comunicar los abusos si estos llegaran a darse. Por tanto, las intervenciones preventivas dirigidas a los propios menores serán principalmente impartidas en centros escolares. García (2019) detalla algunos de los objetivos principales comunes en la mayor parte de los programas preventivos dirigidos a los propios niños y niñas, que son:

- Conocer conceptos básicos del ASI, como los tipos de caricias, de secretos, etc.
- Conocer estrategias de huida y de negación a ciertas peticiones.

- Conocer los diferentes recursos a los que pueden acudir y las estrategias de actuación a aplicar si llegaran a sufrir un abuso.

Por otro lado, respecto a las intervenciones preventivas dirigidas a los padres y madres de los menores, no son tan frecuentemente utilizadas a pesar de sus enormes ventajas: los progenitores tienen una posición privilegiada para hablar a sus hijos e hijas sobre ciertos temas y prevenir eficazmente el ASI. Estos programas pretenden orientar y educar a los padres y madres para que puedan hablar a sus hijos e hijas sobre el ASI de la manera más adecuada y eficaz posible; pues este grupo poblacional normalmente se encuentra con algunos obstáculos en su contribución a la prevención del ASI, por ejemplo, hasta el 50% de los padres y madres no trata con sus hijos e hijas los factores más temibles de esta lacra social (como que el abusador puede ser una persona conocida, entre otros) (García, 2019).

En cuanto a las intervenciones preventivas dirigidas a profesionales (cuyas labores impliquen un contacto regular con menores), se pretende aportar a los mismos los conocimientos y las herramientas suficientes para que puedan actuar como agentes en la prevención y en la detección de los abusos sexuales a los menores con los que trabajan (García, 2019).

Adicionalmente, otro grupo poblacional al que pueden dirigirse las intervenciones preventivas son los posibles agresores. Como explican Redondo y Mangot (2017), la prevención en este grupo poblacional puede ser primaria, secundaria o terciaria. La prevención primaria se dirige a aquellos adolescentes que presentan algunos factores sociales y personales que pueden desembocar en la realización de conductas sexuales desviadas (Medjuck et al., citados en Redondo y Mangot, 2017). En estas intervenciones preventivas se educa a los jóvenes para que diferencien aquellas conductas sexuales socialmente aceptadas de otras que no lo son y que, por tanto, deberán reprimir. En la prevención primaria resulta indispensable la participación de la familia y del centro escolar del posible agresor. La prevención secundaria está dirigida a aquellos jóvenes que, incluso a pesar de haber recibido una intervención preventiva primaria, terminan llevando a cabo algunas conductas sexuales abusivas; el principal objetivo de esta prevención es evitar que estas conductas vuelvan a ejecutarse. Por último, la prevención terciaria queda reservada para aquellos sujetos que repiten las conductas sexuales abusivas y que infringen la ley cometiendo delitos sexuales de gravedad. Estas prevenciones terciarias son competencia de la justicia penal, que se encargará de ofrecer programas de reinserción social y terapéuticos a aquellos sujetos que hayan sido condenados e internados en centros privativos de libertad. Además, aquellos agresores que hayan repetido sistemáticamente los abusos sexuales serán evaluados para determinar su peligrosidad y tomar así las acciones preventivas pertinentes en el momento de su puesta en libertad (Redondo y Mangot, 2017).

III. Intervención

La intervención ante casos de abuso sexual a menores es considerada por Intebi (cit. en Taibo, 2022) una intervención de emergencia, ya que existe una grave necesidad que debe ser atajada de manera inmediata por diferentes profesionales. Según este mismo autor, el objetivo principal de la intervención en casos de ASI es la protección del menor, garantizando su seguridad y su bienestar, al mismo tiempo que se reducen los riesgos de los abusos y se cubren las necesidades primarias de la víctima.

En las intervenciones de ASI es necesario contar con un equipo multidisciplinar de profesionales, ya que este delito tiene implicaciones en varios ámbitos. Algunos de los profesionales presentes en estas intervenciones son médicos, psicólogos, agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE), trabajadores sociales, etc. (Taibo, 2022). Según

Intebi (cit. en Taibo, 2022), cualquier intervención sobre abusos sexuales a menores debe ser: multimodal (aplicando diferentes recursos y medidas de manera simultánea), intersectorial (por la implicación de diferentes instituciones) e interdisciplinar (por la participación de diferentes profesionales pertenecientes a distintos ámbitos).

Sin embargo, el hecho de que la intervención sea multidisciplinar puede acarrear algunas consecuencias negativas para las víctimas si no se gestiona de manera adecuada. Los menores víctimas de ASI en muchas ocasiones no cuentan con los recursos afectivos y cognitivos para hacer frente a la simultaneidad de intervenciones en las que se ven envueltos, cada una con sus objetivos específicos. Además, el niño o niña debe repetir continuamente ante diferentes profesionales un relato que probablemente le resulte tremendamente doloroso, reviviendo una y otra vez la situación traumática que ha sufrido. En algunos casos incluso debe encontrarse con su agresor durante el desarrollo del proceso judicial (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). La realización de una gran cantidad de entrevistas con diferentes profesionales, con los que además no se tiene una relación de confianza, incrementa los síntomas de estrés y ansiedad en las víctimas de ASI, sin embargo esto no ocurre cuando el encargado de llevar a cabo las entrevistas es único profesional (Berliner y Elliott, citados en Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Por tanto, es necesaria una coordinación minuciosa entre los diferentes profesionales e instituciones involucradas en la intervención de abusos sexuales a menores para evitar que las víctimas experimenten una revictimización secundaria (Taibo, 2022). La victimización secundaria hace referencia a todas las secuelas negativas que pueden sufrir las víctimas de cualquier delito a causa de su participación en el proceso judicial (Ferreiro, citado en Echeburúa y Subijana, 2008).

Por otro lado, no debemos olvidar la gran limitación con la que se encuentran los propios profesionales a la hora de detectar e intervenir sobre un caso de ASI: “el secreto está bien guardado, no hay palabra que pueda revelarlo” (Perrone y Nannini, 1997, p. 147). Muchos de los profesionales implicados en estas intervenciones declaran que se encuentran con muchas dificultades debido a que las familias se cierran por completo, escapando así del “control” social (Perrone y Nannini, 1997).

1. Procedimiento de actuación

En primer lugar, para que se ponga en marcha el procedimiento de actuación es necesario que se detecte el caso de ASI. La detección es una tarea bastante complicada, tan solo un 2% de los casos de ASI son conocidos al mismo tiempo que ocurren. Estas dificultades de detección, determinadas principalmente por la tendencia a guardar el secreto y la falta de indicios físicos inequívocos en las víctimas, han hecho que recientemente se incremente el interés por conocer los diferentes signos de sospecha que, de forma conjunta y global, indican un posible abuso sexual. Es vital que los adultos estén atentos sobre todo a cambios bruscos en las preferencias o rutinas de los niños y niñas, como por ejemplo no querer acudir a determinados lugares o estar con determinadas personas con las que anteriormente compartía su tiempo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2021).

Cuando se detecta que un menor está sufriendo cualquier tipo de maltrato (incluidos abusos sexuales) y que dichos malos tratos se seguirán manteniendo en el tiempo si no se interviene, se inicia el procedimiento de actuación (Salmeron et al., citados en Taibo, 2022). Cuando se detecta que el riesgo de maltrato es leve o moderado se avisa a los Servicios Sociales de Atención Primaria para que se valore la situación y se tomen las medidas que se consideren necesarias. Sin embargo, cuando se detecta una situación grave es necesario notificar al Servicio de Protección de Menores, que ofrece una atención mucho más especializada en la que se valora

la situación de desamparo del niño o niña y se toman las medidas previstas en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España, citado en Taibo, 2022). En el caso del ASI, los criterios que indican la urgencia y gravedad de cada caso son: los familiares de la víctima no toman medidas de protección, la víctima convive con el abusador o este último tiene acceso a la misma, existen amenazas por parte del abusador, los abusos son graves, las lesiones físicas y psíquicas son graves (De Manuel, 2017).

Como ya se ha comentado anteriormente, para que se ponga en marcha el procedimiento de actuación con su consiguiente intervención es necesario que se detecten los abusos sexuales, entendiendo la detección como la identificación de un posible sufrimiento de malos tratos o abusos por parte del menor, pero además es necesaria la notificación de estos abusos. La notificación es una obligación legal que consiste en la transmisión de información sobre un posible caso de ASI por parte de un profesional o de un ciudadano a las autoridades competentes, ya sea el Ministerio Fiscal o la Autoridad Judicial dependiendo del protocolo de actuación de la región en la que se detecten los abusos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España, citado en Taibo, 2022). Este proceso de notificación es especialmente relevante, ya que permitirá intervenir desde el ámbito judicial y policial, entre otros.

En el caso de los agentes de las FCSE, además de notificar los abusos ante el Ministerio Fiscal o la Autoridad Judicial, pueden tomar aquellas medidas de protección de la víctima que consideren oportunas hasta que intervenga la Autoridad Judicial. La policía tiene la obligación de prestar auxilio siempre que lo considere necesario, así como si alguna institución competente lo solicitara, velando siempre por la integridad y la seguridad de los menores (Taibo, 2022).

Una vez iniciado el protocolo de actuación, es recomendable seguir algunas pautas a la hora de involucrar a las víctimas menores de edad en el proceso policial y judicial. Es recomendable que el menor realice una única declaración, de manera que no reviva los horribles abusos repetidamente y que el contenido de la misma no se vea contaminado (Echeburúa y Subijana, 2008). Esta declaración deberá realizarse en un espacio adecuado que preserve la intimidad del menor, no siendo recomendable que se lleve a cabo en dependencias policiales. Además, es muy recomendable que la declaración la tome siempre la misma persona, que debe esforzarse por establecer un vínculo de confianza y seguridad con la víctima, al mismo tiempo que utiliza un lenguaje adaptado a la edad y el estado emocional de la misma (Taibo, 2022). Durante la declaración del menor estará presente su tutor legal, siempre que este no sea uno de los imputados por los abusos sexuales. Por último, se evitará siempre que sea posible que los menores de 7 años acudan a las dependencias judiciales y que las víctimas, independientemente de su edad, tengan que confrontarse visualmente con su agresor (Echeburúa y Subijana, 2008).

Es posible que tanto la acusación como la defensa soliciten realizar un interrogatorio al menor, en ese caso las partes elaborarán las preguntas de dicho interrogatorio que deberán ser declaradas adecuadas por el Juez, posteriormente un psicólogo u otro profesional experto trasladará las preguntas a la víctima, siempre adaptando el lenguaje a la edad y características personales de la misma (Fábrega, citado en Echeburúa y Subijana, 2008). Adicionalmente, las preguntas empleadas en el interrogatorio deben ser abiertas, permitiendo que el niño o niña desarrolle un relato fluido, en ningún caso las preguntas pueden ser sugestivas o excesivamente directivas (Echeburúa y Subijana, 2008).

En todo caso, este proceso judicial será mucho menos traumático para los menores siempre que reciban una preparación anticipada para afrontar el mismo. Los psicólogos de los diferentes servicios especializados o de la Oficina de Atención a la Víctima son esenciales en

este proceso, ya que se encargan de acompañar a la víctima a lo largo del procedimiento judicial y de prepararla con anterioridad al mismo para afrontar el miedo, la culpa y la estigmatización que pueden sufrir (Echeburúa y Subijana, 2008).

2. Intervención sobre los menores víctimas del abuso

Una vez interpuesta la denuncia e iniciado el procedimiento judicial, resulta necesario que la víctima de los abusos reciba asistencia médica y psicológica de manera urgente (Berlinerblau et al., citados en Taibo, 2022).

Respecto a este tipo de intervención médica y psicológica, en la primera entrevista, ya sea realizada por un médico pediatra o por un psicólogo clínico, pueden tomarse una serie de medidas para garantizar el bienestar y la seguridad del niño o niña. En primer lugar, es recomendable hablar primero con los familiares de la víctima sin que esta última esté presente, de esta manera el profesional puede obtener una mayor cantidad de información que, además, será mucho más detallada, ya que es bastante probable que los adultos eviten contar ciertos detalles cuando el menor está presente. Resulta crucial recoger algunos datos en esta primera toma de contacto, como por ejemplo: fecha (o fechas) en la que han ocurrido los hechos, identidad del agresor y su relación con la víctima, datos específicos sobre las conductas abusivas, amenazas, uso de violencia..., si el agresor tiene actualmente acceso al niño o niña, secuelas que se han observado en el menor a nivel físico y psicológico, entre otros. A pesar de no obtener por completo todos estos datos en la primera conversación con los familiares de la víctima, cualquier información que aporten es un gran facilitador para orientar inicialmente al profesional (De Manuel, 2017).

En el ámbito médico, cuando llega un paciente a consulta con sospecha de abuso sexual, se debe evaluar al mismo y redactar su historia clínica. Según Lago y Céspedes (2006), en primer lugar hay que identificar lesiones físicas en la víctima, esta evaluación debe ser urgente (antes de que transcurran 72 horas desde los abusos) y lo menos invasiva posible para no revictimizar al menor. Este examen físico debe hacerse en un lugar que preserve la intimidad del menor y se debe contar con el consentimiento del mismo, además puede estar presente un adulto de la confianza de la víctima si esta última lo desea. Lo más importante en esta evaluación física es la obtención de muestras biológicas (semen, cabello, etc.) para analizarlas posteriormente y que puedan utilizarse como elementos de prueba en el procedimiento judicial. Normalmente no se van a observar lesiones físicas indicativas de abusos sexuales, esto ocurre en un 60-70% de los casos por la facilidad de cicatrización de las zonas corporales en las que suelen presentarse este tipo de lesiones (Lago y Céspedes, 2006). Además, es muy importante recoger muestras para detectar la posible transmisión de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) del agresor a la víctima, así como para detectar un posible embarazo (Lago y Céspedes, 2006).

Por otro lado, respecto al ámbito psicológico, la intervención puede ser individual o familiar y puede variar en función de la corriente que el terapeuta decida seguir (conductista, psicodinámica, humanista, cognitiva...), pero en todo caso debe estar adaptada a la edad del menor y a sus características personales (Velázquez et al., citados en Taibo, 2022). La duración total de la intervención y la periodicidad de las sesiones dependerá de caso concreto y de la evolución que presente cada paciente (Taibo, 2022).

El objetivo principal de la intervención psicológica es facilitar que el menor pueda integrar todas las experiencias que, por desgracia, ha vivido de manera que afecten lo menos posible a su desarrollo vital y a su propia seguridad (Urquiza y Winn, citados en Sigalat, 2019). Echeburúa y Guerricaechevarría (cit. en Sigalat, 2019) proponen cinco pasos que debe seguir

toda intervención psicoterapéutica en casos de ASI: reestructuración cognitiva (para detectar pensamientos distorsionados y sustituirlos por pensamientos alternativos más favorables para el paciente), entrenamiento en habilidades para reducir la ansiedad (relajación, distracción, etc.), entrenamiento en comunicación asertiva, entrenamiento en técnicas para controlar el pensamiento y entrenamiento en resolución de conflictos. Por otro lado, Lago y Céspedes (2006) defienden que en este tipo de intervenciones se deben tener siempre en cuenta los sentimientos de culpa, dolor y vergüenza que experimentan las víctimas, al mismo tiempo que se permite a los menores expresar sus sentimientos en forma de ira para que su autoestima mejore. Todas las técnicas utilizadas con los pacientes menores de edad son parecidas a las utilizadas con adultos, pero adaptadas a la etapa del ciclo vital de los primeros (Tuma, citado en Sigalat, 2019). Además, al tratarse de niños y niñas, es especialmente relevante que el profesional de la psicología establezca un vínculo terapéutico basado en la tranquilidad, seguridad y empatía, que permita a la víctima confiar en el mismo (Cárdenas, citado en Sigalat, 2019).

Autoras como Orjuela y Rodríguez (2012), Raffaele (2013) y De Manuel (2017) han propuesto una serie de pautas que cualquier profesional educativo, de atención psicosocial, sanitario u otros puede seguir a la hora de entrevistarse con un menor de edad que ha sufrido abusos sexuales. Estas pautas son las siguientes:

- Mantener la calma y asegurar que la entrevista se va a desarrollar de manera tranquila, estableciendo un vínculo con el paciente. La entrevista no debe ser demasiado larga, ya que esto puede agotar la atención de los más pequeños, y se debe utilizar un lenguaje comprensible para los menores.
- No presionar al paciente para que ofrezca la información, ni hacer preguntas sugestivas que conviertan la entrevista en un interrogatorio. Lo más importante es escuchar al paciente y elegir cuidadosamente la manera de realizar las preguntas.
- Creer al menor cuando relata los abusos y nunca culparle de los mismos. No solo es importante creer al menor, sino hacerle saber que le creemos.
- Respetar al paciente en todo momento y agradecerle su confianza, validando sus emociones y haciéndole saber que es normal sentir las mismas, pero que no siempre va a sentirse así, llegará un momento en el que sienta mejor.
- Buscar atención especializada siempre que el profesional sienta que el caso no está dentro de sus competencias o que no puede hacer frente al mismo con sus recursos.
- Explicar al niño o niña con claridad los pasos que debe dar el profesional a continuación (informar a ciertas personas, etc.) y responder a todas las preguntas que realice el paciente de manera sincera.

3. Tratamiento de agresores sexuales

Internacionalmente existe un debate en torno a si los abusadores sexuales deberían ser encarcelados y tratados como criminales o si, por el contrario, deberían recibir tratamiento y ser tratados como enfermos. En la mayor parte de los sistemas judiciales de todo el mundo los abusadores sexuales son encarcelados pero no rehabilitados (González et al., 2004).

Respecto al tratamiento psicológico de los abusadores sexuales, algunos de los objetivos que se plantean son: el manejo de los impulsos, las emociones y las conductas adictivas, la asunción de responsabilidad, el desarrollo de empatía con la víctima, la disculpa con la víctima, el manejo de la ansiedad y la depresión, etc. (Asociación Une Vie, 2018; González et al., 2004).

En España, si se detecta que un sujeto ha cometido un abuso sexual contra un menor es probable que sea condenado a una pena privativa de libertad e ingrese en un centro penitenciario. No obstante, una vez haya ingresado en prisión se ofrecerá al sujeto la posibilidad de participar en un programa de intervención terapéutica especialmente dirigido a agresores sexuales (Redondo y Mangot, 2017).

Los tratamientos aplicados actualmente en España tienen el objetivo principal de favorecer cambios significativos en las conductas, actitudes y valores de los presos por delitos sexuales, de manera que puedan eliminarse los factores de riesgo que presentaban estos sujetos y que favorecieron la comisión de dichas conductas delictivas (Redondo y Mangot, 2017). Según Redondo (cit. en Redondo y Mangot, 2017), para lograr estos cambios significativos es necesario tener en cuenta que hay tres grandes dimensiones que influyen sobre la conducta delictiva: los hábitos diarios de los sujetos (incluyendo los de carácter sexuales), los pensamientos que favorecen dichos hábitos y las emociones que estimulan las conductas de agresión sexual (como la ira, la falta de empatía o la alta excitación sexual). Los tratamientos terapéuticos que inciden sobre alguna de estas tres dimensiones reducen considerablemente el riesgo de los sujetos de cometer conductas sexuales delictivas (Redondo, citado en Redondo y Mangot, 2017). Estos tratamientos ayudan a los sujetos a movilizar hábitos, pensamientos y emociones saludables que favorezcan una conducta sexual adecuada, inhibiendo la conducta delictiva (Redondo y Mangot, 2017).

Tal y como señalan Garrido y Beneyto (cit. en Redondo y Mangot, 2017), el primer programa de tratamiento para agresores sexuales se implementó en España en el año 1996; este programa fue adaptado y dio lugar al actualmente conocido Programa de Control de la Agresión Sexual (PCAS). Algunas de las metas de este programa son: eliminar las distorsiones cognitivas que tienen los sujetos y que justifican su delito, incrementar las habilidades sociales de los mismos y reducir el riesgo de reincidencia. El PCAS tiene un formato breve con una duración de seis meses y un formato completo con una duración de dos años, se aplicará uno u otro en función del caso concreto y de la peligrosidad criminal del sujeto. Este programa se aplica actualmente en más de cuarenta centro penitenciarios en España y presenta una eficacia terapéutica significativa (Redondo y Mangot, 2017).

La efectividad de los programas de tratamiento se evalúa utilizando como indicador la tasa de reincidencia delictiva de grupos de agresores sexuales tratados frente a grupos de agresores sexuales no tratados. Por un lado, la tasa de reincidencia de los agresores sexuales no tratados se sitúa en torno a un 20% (una tasa menor que las de otros tipos de delincuentes), además, los delitos en los que reinciden los abusadores sexuales no suelen ser de carácter sexual. Por otro lado, la tasa de reincidencia de agresores sexuales tratados se sitúa entre el 9% y el 11%, por lo que se puede concluir que los programas de tratamiento implementados en los centros penitenciarios tienen resultados terapéuticos positivos (Redondo y Mangot, 2017).

En España se han desarrollado dos estudios que han evaluado la efectividad del PCAS, utilizando también como indicador la tasa de reincidencia delictiva de un grupo de agresores sexuales tratados frente a otro grupo de agresores sexuales no tratados. En ambos estudios se encontró que la tasa de reincidencia del grupo tratado era significativamente más baja que la del grupo no tratado; concretamente, en el primer estudio la tasa del grupo no tratado fue de un 18,2% frente a un 4,1% del grupo tratado, y en el segundo estudio la tasa del grupo no tratado fue de un 13% y la del grupo tratado de un 4,5% (Redondo; Valencia et al., citados en Redondo y Mangot, 2017).

No obstante, diferentes autores han manifestado que la intervención mediante programas terapéuticos no es suficiente para asegurar el éxito en la reinserción social de los

abusadores sexuales, sino que es necesario también el apoyo social que brinda la comunidad a los sujetos, ya sea a nivel familiar, comunitario o cultural o, en otras palabras, a nivel de su microsistema, exosistema o macrosistema (Redondo y Mangot, 2017).

CONCLUSIONES

El abuso sexual infantil no tiene una definición oficial y universalmente compartida, sin embargo, en todos los lugares del mundo supone lo mismo: una devastadora lacra social que afecta a millones de niños y niñas, muchos más de los que se reflejan en los datos oficiales. A pesar de las alarmantes cifras recogidas a través de diferentes estudios, que ponen de manifiesto que, si el ASI fuera una enfermedad, estaríamos hablando de una pandemia (La Vanguardia, citada en Taibo, 2022), esta problemática continúa siendo un tema tabú en muchas culturas y comunidades, lo que dificulta aún más la lucha para acabar con la misma.

A lo largo de este trabajo se han ido explorando y detallando las distintas dimensiones de este desgraciado fenómeno, incluyendo su concepto, los factores de riesgo, las características de los abusadores sexuales, su incidencia y prevalencia, sus consecuencias sobre las víctimas y las estrategias de prevención e intervención, pasando por una revisión de la legislación española en la que queda tipificado este tipo de abuso. A continuación se presentan las principales conclusiones extraídas de cada una de estas dimensiones.

Por un lado, respecto a los factores de riesgo del ASI, se puede concluir que lo más relevante es saber identificarlos y mitigarlos para prevenir de manera efectiva las situaciones de abuso sexual a las que pueden quedar expuestos los menores. Estos factores de riesgo se presentan en diferentes planos que giran en torno a la víctima: microsistema (factores de riesgo individuales y familiares), exosistema (factores de riesgo sociales y ambientales) y macrosistema (factores de riesgo culturales). Todos estos factores de riesgo contribuyen de manera conjunta a la creación de un contexto vulnerable en el que debe desenvolverse el niño o la niña, por lo que una prevención efectiva debería intervenir en todos los planos y sistemas, y no solo en alguno de ellos.

Por otro lado, respecto a los abusadores sexuales, el no contar con un perfil típico de abusador sexual dificulta muchísimo la prevención y detección del ASI. Cualquier sujeto puede abusar sexualmente de menores mientras se esconde bajo una fachada de completa normalidad. Lo que sí que está algo más claro es que cuando se detecta un caso de ASI, por estadística, el principal sospechoso siempre será un hombre del círculo más cercano de la víctima. Esto último resulta algo paradójico, pues la persona que debe cuidar y proteger al menor es la que, en la mayoría de los casos, abusa del mismo. Los abusos intrafamiliares son una de las formas de ASI más insidiosas y devastadoras para sus víctimas, pues suponen una completa traición de la confianza de las mismas. Además, en este tipo de abusos toda la responsabilidad de guardar el secreto recae sobre el menor, provocando secuelas psicológicas muy dañinas. Las familias se cierran por completo para guardar el secreto, por ello es tan importante que los diferentes profesionales en contacto con los menores (profesores, médicos, etc.) conozcan cuáles son los indicadores que señalan posibles abusos sexuales; de otra manera los abusos jamás serán detectados y notificados.

Respecto a la incidencia y prevalencia del ASI, las cifras son cuanto menos alarmantes: en el año 2014 aproximadamente ciento veinte millones de niños y niñas en todo el mundo sufrían abusos sexuales en sus propios hogares, colegios y comunidades (UNICEF, citado en Sigalat, 2019). Globalmente, uno de cada diez hombres y una de cada cinco mujeres afirma haber sufrido abusos sexuales durante su infancia (Orjuela y Rodríguez, 2012). Pero no solo son alarmantes estas cifras, también lo es la cifra negra de este delito, pues tan solo se denuncian

alrededor de un 10% de los casos totales en nuestro país. Es decir, un 90% de los casos permanecen en secreto, un 90% de los abusadores sexuales han quedado impunes y un 90% de las víctimas jamás tendrán la justicia que merecen. De nuevo la educación y el conocimiento se convierten en un elemento clave, pues es una tarea necesaria educar a las víctimas para que sepan detectar qué les está pasando y que, por supuesto, sepan que pueden revelarlo.

Las consecuencias que sufren las víctimas de abusos sexuales durante la infancia son devastadoras, profundas y duraderas, de no ser tratadas a tiempo pueden extenderse hasta la adultez. Estas consecuencias tienen implicaciones en múltiples planos de las víctimas: físico, psicológico, cognitivo, conductual, social... No es aventurado decir que los delitos sexuales son unos de los delitos que mayor cantidad de secuelas dejan en sus víctimas, secuelas que además pueden llegar a ser muy graves, por este motivo es tan importante concienciar a la sociedad de que este problema existe aunque no sea demasiado visible y de que debemos luchar firme y urgentemente contra él; solo así podremos evitar que el ciclo vital de millones de víctimas quede marcado para siempre por sus abusadores.

Afortunadamente en nuestro país los abusos sexuales a menores de edad quedan recogidos y tipificados en el Código Penal, imponiendo penas privativas de libertad elevadas que, además, pueden verse incrementadas si el abusador incurre en una serie de agravantes. El principal reto a conseguir en este caso es que todos aquellos sujetos que han abusado de menores de edad lleguen hasta los tribunales, reduciendo la cifra negra de abusos no denunciados a través de la educación y concienciación.

Respecto a las estrategias preventivas, la educación es la herramienta más poderosa que poseen los profesionales para acabar con el ASI. Una intervención basada en la prevención siempre será preferible a una intervención basada en paliar las consecuencias negativas una vez el abuso ya ha sido cometido. Cualquier niño o niña, sean cuales sean sus características personales, puede ser víctima de ASI, por ello la prevención primaria resulta tan necesaria y urgente actualmente. Siempre que se lleve a cabo una correcta prevención primaria la necesidad de recurrir a una prevención secundaria o terciaria se verá reducida considerablemente, por este motivo es totalmente necesario invertir la mayor cantidad posible de recursos en programas de prevención primaria. El sufrimiento que puede ahorrarse a las familias y a los propios menores compensa cualquier esfuerzo que deban realizar las instituciones públicas por prevenir este lastre social.

Por último, respecto a las estrategias de intervención, lo ideal sería no necesitar recurrir a las mismas: si se implementan estrategias de intervención es porque la prevención ha fallado, algo que debe evitarse a toda costa. No obstante, mientras continúa la lucha para proteger a los más pequeños de los abusos sexuales, las estrategias de intervención son una herramienta muy valiosa a la hora de paliar las secuelas de las víctimas y otorgarles la justicia que merecen. No hay que olvidar que estas estrategias solo serán exitosas si ponen por delante el bienestar de las víctimas, de lo contrario solo supondrán un elemento más del sistema que convierte a los niños y niñas en víctimas de nuevo.

En resumen, el ASI supone una grave violación de los derechos humanos de los niños y niñas y, por tanto, es necesaria una acción inmediata y persistente para luchar contra esta lacra social. Los ingredientes clave para luchar contra los abusos sexuales son principalmente dos: la educación y la cooperación. La educación es la herramienta más poderosa para diseñar estrategias de prevención (preferiblemente primaria) y que los abusos ni si quiera lleguen a producirse. La cooperación entre diferentes entidades (gobiernos, organizaciones no gubernamentales...) y profesionales (agentes de las FCSE, psicólogos, docentes, médicos...) es clave tanto para reducir la incidencia de los abusos como para mitigar sus consecuencias una

vez se han cometido. Lo más importante y que debe tenerse siempre presente en esta lucha es que la protección y el bienestar de los niños y niñas será siempre la prioridad, una prioridad inquebrantable. Todos los sectores de la sociedad deben asumir la responsabilidad de hacer del mundo un lugar seguro para los más pequeños, un lugar en el que puedan crecer felices y despreocupados, libres del miedo y los abusos.

REFERENCIAS

- Alonso, J. M. (1997). Abuso sexual infantil. *Educación Social*, 5, 6-7.
- Apraez-Villamarin, G.E. (2015). Factores de riesgo de abuso sexual infantil. *Colombia Forense*, 2(1), 87- 94. <http://dx.doi.org/10.16925/cf.v3i1.1179>
- Cantón-Cortés, D., y Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- De Manuel, C. (2017). Detectando el abuso sexual infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 19(26), 39-47. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v19s26/1139-7632-pap-19-s26-00039.pdf>
- Deza, S. (2005). Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 11, 19-24.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Planeta.
- Echeburúa, E. y Subijana, I.J. (2008) Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 733-749.
- García, J. (2019). Abuso Sexual Infantil: estrategia de intervención desde los modelos de prevención. *Revista Mexicana de Medicina Forense*, 4(2), 75-90.
- González, E., Martínez, V., Leyton, C. y Bardi, A. (2004). Características de los abusadores sexuales. *Revista SOGIA*, 11(1), 6-14.
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (s. f.). *Glosario de conceptos*.
- Lago, G. y Céspedes, J.A. (2006). Abuso sexual infantil. *Precop SCP*, 3, 16– 30. https://issuu.com/precopscp/docs/16-30_abuso_infantil
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995, núm. 281.
- Losada, A.V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 201 - 229.
- Ministerio del Interior, Dirección General de Coordinación y Estudios, Secretaría de Estado de Seguridad. (2022). *Informe sobre delitos contra la libertad sexual en España*.
- Ministerio del Interior, Gabinete de Coordinación y Estudios, Secretaría de Estado de Seguridad. (2017). *Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual en España*.
- Mi paciente es un pedófilo. (2018). En *Asociación Une Vie*.

- Orjuela, L. y Rodríguez, V. (2012). *Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales*. Save the Children.
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contra_los_ninos_y_las_ninas.pdf
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811726004>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77813509005>
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Paidós: Buenos Aires-Barcelona-México.
- Raffaele, D.S. (2013). Abuso sexual infantil. *Skopein. La justicia en manos de la ciencia*, 1, 21-23.
- Redondo, S. y Mangot, A. (2017). Génesis delictiva y tratamiento de los agresores sexuales: una revisión científica. *Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas*, 2, 1-33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6828964>
- Rodríguez, Y., Aguiar, B. A., y García, I. (2012). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka (Asunción) En Línea*, 9(1), 58-68. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100007
- Sigalat, A. (2019). *Abuso sexual infantil: programa de detección y sensibilización en los centros educativos de primaria* [Trabajo de fin de grado]. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/1394>
- Taibo, A. (2022). *Abuso sexual contra menores y el procedimiento a seguir ante la notificación del mismo* [Trabajo de fin de grado]. Universidad Pontificia de Comillas.
- Vesga, P. A. (2020). *Aproximación teórica al abuso sexual infantil: conceptos, factores de riesgos y efectos psicopatológicos desde una revisión bibliográfica* [Trabajo de fin de grado]. Santa Marta-Colombia.
- Villanueva, I. (2013). El abuso sexual infantil: Perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*, 16(30), 451-470.