



ABUSO SEXUAL Y SU PREVENCIÓN.

Prfra. Dra. E. Sueiro ()*

RESUMEN:

Con este artículo pretendo sacar a la luz una realidad que, por estar rodeada de múltiples mitos y ser de difícil tratamiento, pudiera parecer de escasa relevancia, como es la del abuso sexual. Hago referencia a las dificultades que entraña su definición y a sus posibles consecuencias, así como a una serie de creencias erróneas que tenemos en torno al mismo. Centrándome fundamentalmente en la víctima, enumero las características que debe tener un Programa de Prevención, así como las pautas de actuación cuando el hecho ha ocurrido.

1. INTRODUCCIÓN.

La sexualidad es algo inherente a todas las personas y crece con ellas, es una forma de comunicarnos. Su práctica es la que puede o no entrañar problemas, convirtiéndose su manifestación en saludable o no. Estaríamos, en este último caso, hablando de una conducta de riesgo, como lo es, tanto para el-a agresor-a como para la víctima, el abuso sexual a menores, que es el tema de este artículo.

A pesar del interés y de los estudios que generó y está generando en los últimos años la sexualidad, ha sido y continúa siendo un tema tabú, siendo aún mayor el ocultamiento asociado a la sexualidad infantil y a los abusos sexuales en general, tanto más si nos referimos a los abusos sexuales en menores, como es el caso, o a personas con algún tipo de incapacidad, ya que en ellos participan importantes cuestiones de moralidad pública y privada. Es decir, el rechazo social hacia cualquier tipo de delincuente parece claro, pero más aún cuando se habla de los-as delincuentes sexuales que atentan contra niñas-os, menores o discapacitadas-os.

(*) Universidade de Vigo (Campus Ourense). Facultade de Humanidades. As Lagoas. Ourense. Tlfn. 988-251111.

Aún con todo esto, hablar de abuso sexual hoy en día continúa siendo un tema controvertido y de difícil tratamiento, dada la escasa información que tenemos sobre el mismo, debido al hecho de que la mayoría de los casos no se conocen y/o, una vez conocidos, no se creen o no se denuncian -sobre todo, si ocurren en el seno de la propia familia-, o bien porque seguimos diferentes criterios para valorarlos como tales, o porque el recuerdo de los acontecimientos que ocurren en la infancia puede estar distorsionado en la adultez,... Ello contribuye a que tengamos, tanto el público profano como las-os profesionales que abordamos esta problemática, un desconocimiento importante acerca de la misma y elaboremos creencias falsas en torno a ella.

Sin embargo, sus implicaciones abarcan múltiples campos de acción, como son: clínicos, terapéuticos, educativos, de investigación, legal y comunitario.

2. DEFINICIÓN.

Como señalan Vizard et al. (1995), la primera dificultad al tratar este tema ya nos la encontramos cuando queremos definir el concepto. Para ello se utilizan diferentes criterios:

- la edad de la víctima: ¿hasta qué edad se considera que se comete abuso sexual? La mayoría consideran que si la víctima es mayor de 17 años, estaríamos hablando de acoso sexual y de violación.
- la edad del-a agresor-a: ¿podemos considerar abuso el realizado por adolescentes y/o por adultos-os? En este caso se hablaría de abuso si el-a agresor-a tiene más de 15 años y/o tiene 5 (cuando la víctima sea menor de 12) y 10 (cuando sea mayor de 12) años más que la víctima.
- los comportamientos puestos en juego para someter a la víctima: ¿puede el-a niño-a consentir o debe existir forcejeo y/o coacción? Hay quienes consideran que el empleo de la fuerza, aunque no

especifican a qué fuerza se refieren, independientemente de la edad, haría pensar en un abuso sexual.

- y las conductas sexuales que ocurren entre ambas-os: ¿qué prácticas sexuales podemos considerar como abusivas? Aquí también aparecen discrepancias al considerar si la conducta abusiva implica o no contacto físico. En este caso, se consideraría abusivo lo verbalmente expresado y/o mostrado.

En 1988, los Servicios Sociales y de Salud del Departamento de Washington, operacionizaron el concepto de los abusos sexuales, sin incluir la ofensa verbal, de la siguiente manera (Wurtele y Miller-Perrin, 1992):

CONDUCTAS FÍSICAS:

- 1) Violación: penetración vaginal, anal o bucal, con cualquier objeto, sin el consentimiento de la persona.
- 2) Penetración digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano.
- 3) Exposición: el acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada, como ocurre en el exhibicionismo.
- 4) Coito vaginal o anal: con el pene.
- 5) Penetración anal o vaginal: con un objeto.
- 6) Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro-a; incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración.
- 7) Sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo.
- 8) Contacto genital oral.
- 9) Obligar al-a niña-o a que se involucre en contactos sexuales con los animales.

EXPLOTACIÓN SEXUAL:

- 1) Implicar a menores de edad en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía.

- 2) Promover la prostitución infantil.
- 3) Obligar a las-os niñas-os a ver actividades sexuales de otras personas:
 - a) Las madres y/o los padres u otras personas que impliquen a las-os niñas-os en la observación del coito.
 - b) A ver pornografía.

Por su parte, el Código Penal vigente en España considera delitos contra menores punibles: la violación, la agresión sexual, el estupro y la corrupción de menores, entre otros, y los define de la siguiente manera:

- Violación (Art. 429): se considera al acceso carnal cuando la víctima fuese menor de 12 años cumplidos, incluso aunque no se hubiese usado fuerza ni intimidación ni la víctima estuviese privada de sentido o se hubiera abusado de su enajenación.
- Estupro (Art. 434 y 435): Supone el acceso carnal con una persona menor de 18 años y mayor de 12, prevaliéndose de su superioridad. La pena se aplica en grado máximo cuando el-a autor-a es ascendiente o hermano-a de la víctima. También se considera cuando la víctima tiene entre 12 y 16 años y ha intervenido engaño para lograr el acceso carnal.
- Agresiones sexuales: las no comprendidas en los supuestos anteriores.
- Corrupción de menores (Art. 452 bis b): castiga al que promueve, facilita, induce o sostiene una situación de corrupción de menores, siendo irrelevante el consentimiento de los menores que se prostituyen para que se considere delito.

Y, según el Art. 443: Para proceder por los delitos de violación, agresiones sexuales, estupro (...) bastará denuncia de la persona agraviada o del ascendiente, representante legal o guardador de hecho, por este orden, o del Ministerio Fiscal cuando se tratare de menores o incapaces.

En estos delitos el perdón del ofendido o del representante legal o guardador de hecho no extingue la acción penal ni la responsabilidad de esa clase.

Coincido con López (1995) al afirmar que podemos hablar de abuso sexual a menores cuando medie la coerción, verbal o física, y/o el engaño y cuando la diferencia de edad no permita la libertad de decisión y una actividad sexual compartida. Al favorecer el engaño y la manipulación, no hay actividad común ni libertad de decisión.

3. ¿CÓMO ESTÁ LA SITUACIÓN?.

Por las dificultades de definición, ya mencionadas, es difícil conocer la incidencia y la prevalencia que ocurre en este campo, según afirman Levitt y Pinnell (1995).

Finkelhor (1986), de datos recogidos en U.S.A., Canadá e Inglaterra, obtiene que un 20% de mujeres y un 10% de varones afirmaron haber sido víctimas de abusos sexuales en su infancia.

Datos aportados por López y Arnáez (1989), con una muestra española, señalan que una de cada cinco mujeres indica haber sufrido abuso sexual en la infancia.

Un estudio realizado en USA por Gebhard et al. (The Diagram Group, 1993) da la siguiente proporción de delincuentes encarcelados por delitos sexuales con menores de 15 años:

- Por delitos heterosexuales sin violencia ni amenazas, el 46%.
- Por delitos homosexuales, el 31%.
- Por incesto (con hijas o hijastras), el 14%.
- Por ataques heterosexuales violentos, el 6%.
- Por delitos varios, el 3%.

Un estudio alemán de Maisch, sobre 78 casos de relaciones incestuosas entre una persona mayor y un-a menor de edad, presentó los siguientes resultados:

- Padre-hija, el 44%
- Padrastra-hijastra, el 41%.
- Padre-hijo, el 5%.
- Abuelo-nieta, el 5%.
- Madre-hijo, el 4%.
- Madre-hija, el 1%.

En un estudio de la Universidad de Sevilla, realizado sobre delitos contra menores en 1991 y 1992, del total de casos registrados en España (789), el 3% corresponde a Galicia, siendo de éstos el 8,33% (2 casos) de Lugo, el 25% (6 casos) de Ourense, el 33,33% (8 casos) de Pontevedra y el otro 33,33% de Coruña.

En otra investigación realizada en España (López et al., 1994), con una muestra representativa de 2000 sujetos, revela que el 18.9% de la población sufrió abuso sexual, correspondiendo el 15.2% a varones y el 22.5% a mujeres.

En un estudio realizado en el Reino Unido, con 775 mujeres que respondieron a una encuesta de una revista de mujeres, encontraron que en el 46% de los casos de abuso sexual se incluyó coito y el 80% ocurrió dentro de la familia (Ussher y Dewberry, 1995).

En el teléfono de protección al-a menor de Madrid hubo, en 1994, 25000 llamadas, de las que el 9,6% eran de abusos sexuales a menores.

En el año 1995, en la Delegación Provincial del Menor de la ciudad de Ourense, se denunciaron 9 casos, de los cuales en 2 las víctimas eran varones (de 5 y 11 años y residentes en la ciudad) y en 7, mujeres (de 5, 7, 10, dos de 11, 15 y 16 años, siendo todas de la zona rural menos la de 10 años que es urbana). En los casos de los niños, el agresor es el padre y denuncia la madre y, en los casos de las niñas, en 4 agrede el padre, en dos un vecino y en 1, el suegro de la madre (que no es abuelo de la víctima), denunciando la situación un Hospital del Servicio Gallego de Salud, los Servicios Sociales, Menores y el

Gabinete de Orientación Familiar y, en el caso de la niña de 10 años, la abuela.

Sin embargo, estos no son todos los casos denunciados, son simplemente aquellos que están en el ámbito de los Servicios Sociales y de Protección. Por su parte, la Audiencia Provincial de Ourense, que es quien recoge todas las denuncias presentadas, desde el año 1992 al año 1995, ha dictado 3 sentencias de agresión sexual, 1 de estupro y 2 de violación, siendo en todos los casos los agresores varones y las víctimas mujeres, salvo una, donde la relación entre ambos menores es de compañeros que conviven juntos; la relación agresor-víctima es:

- en 3 casos, de padre-hija, teniendo éstas entre los 10 y 16 años, en 1 de profesor-alumna, de 10 años,
- en 1, de vecino-dos vecinas, de 9 y 10 años,
- y, en otro, que es el ya mencionado de compañero-compañero, de 16 y 17 años el agresor y la víctima, respectivamente. En el caso de estupro, el padre era alcohólico y en uno de violación, que es el caso de los menores, el agresor sufre enajenación mental y la víctima de retraso mental moderado, situándose sus edades mentales en los 12-14 y 7-10 años, respectivamente.

4. SUS CONSECUENCIAS.

Aunque habitualmente cuando hablamos de nuestro comportamiento sexual siempre pensamos en normalidad estadística -frecuencia normal, posición normal,...-, las y los que trabajamos en el ámbito de la sexualidad tenemos una máxima que siempre repetimos cuando hablamos de comportamiento sexualmente saludable y es: "cualquier práctica sexual que se realice es perfectamente normal, y aquí ya no con criterios estadísticos, siempre y cuando estén de acuerdo las personas que participan de ella y no se causen ni daño físico ni psíquico". Evidentemente, los criterios que priorizamos cuando hablamos de

salud sexual son los referidos a las individualidades que participan de dicha práctica o prácticas sexuales; es decir, si los de pareja o grupo entrasen en conflicto, tendríamos en cuenta, para respetarlo, el criterio personal.

Es fácil entender que el abuso sexual de menores rompe con esta máxima por dos razones importantes:

- 1) Porque es difícil llegar a un acuerdo cuando se dan unas diferencias tan importantes entre las personas que participan, lo cual dificulta dicho acuerdo.
- 2) Porque, además, se puede generar y en muchas ocasiones se genera daño físico y/o psíquico a corto y/o a largo plazo.

Estas diferencias de que hablaba, que juegan a favor del-a adulto-a y contra el-a menor, son tanto físicas: anatómicas y fisiológicas (en el-a niño-a y en el-a púber la evolución de sus órganos y el desarrollo en el funcionamiento de su cuerpo todavía están ocurriendo y en el-a adulto-a ya están consolidados), como psico-sociales y sexuales: en los estímulos afectivos y sexuales, en la determinación de la orientación del deseo, en los conocimientos, en las habilidades mentales y sociales y en la experiencia. Estas diferencias facilitan el uso o, más bien, el abuso, del poder por parte de la persona adulta para obtener beneficios propios y hacen al-a menor vulnerable frente al-a mismo-a.

Es tanto más vulnerable cuanto que su moral es heterónoma, queriendo esto decir que la decisión sobre el bien y el mal la establece el-a adulto-a, ya que el-a niño-a todavía no tiene capacidad para decidirlo por sí mismo-a. Así, el-a niño-a confía en las-os mayores de manera natural y porque se les enseña a respetar a quienes representan la autoridad. Esta situación se agrava más, si cabe, si quien detenta esta autoridad es alguien muy próximo a su entorno o incluso es un-a familiar suyo-a. El-a niño-a se dirá: los-as mayores saben y si esto hacen ellos-as será porque es correcto y si lo hace mi padre o mi madre, es más correcto todavía.

Por otro lado, también hablaba de problemas físicos y psíquicos, en aquella máxima que proponía antes, problemas que afectan al área emocional, comportamental, cognitiva y social. En este sentido, las consecuencias descritas por diferentes investigadores (Vizard et al., 1995; Romans et al., 1995a; Andrews et al., 1995) -que no se presentan en todas las víctimas y que, de presentarse, pueden ser superadas-, de los abusos sexuales podemos categorizarlas, según López et al. (1994), en:

- A corto plazo: afectan al 70% de las víctimas de manera clara y al 30% de manera menos clara (es como si viviesen con esa experiencia sin problemas aparentes) y entre el 17% y el 40% sufren patologías clínicas.

Entre los sentimientos que produce el abuso, de mayor a menor incidencia están: desconfianza, asco, miedo, agresividad hacia el-a agresor, vergüenza, ansiedad, automarginación, agrado, culpa y relaciones disfuncionales con la propia familia. Como podemos observar, la mayoría de estos sentimientos son negativos.

- A largo plazo: Aunque en este caso ya hay múltiples variables que intervienen y los efectos son menos claros y frecuentes, afectan aproximadamente al 20% de quien sufre los abusos.

Citando estos problemas de mayor a menor incidencia, tenemos: ansiedad y angustia, insatisfacción o problemas sexuales (y estos, las-os que trabajamos en la clínica, los vemos con una relativa frecuencia), embarazo no deseado, fracaso escolar, ingestión de drogas, depresión, hostilidad hacia las personas del mismo sexo que el-a agresor-a, huida de casa, E.T.S., autopenalización,... Existe un gran número de mujeres con trastornos de la alimentación que presentan una historia de abusos sexuales en la infancia o en la adultez; sin embargo, no existe una evidencia clara de la relación directa entre ambas variables (Everill y Waller, 1995; Vize y Cooper, 1995).

Cabe señalar que entre el 20% y el 50% de todas las víctimas de agresiones sexuales que buscan ayuda psicológica lo hacen meses o

años después de que ha ocurrido el abuso, motivado por algún hecho que hace aflorar dicho acontecimiento (Echeburúa, 1995b).

Teniendo en cuenta lo que las-os profesionales de la salud nos encontramos diariamente en nuestras consultas y concretando los efectos en el área de la vida más relacionada con el tipo de agresión que estamos analizando, que es la afectivo-sexual, tenemos las consecuencias que siguen:

- dificultad para relajarse y participar en juegos sexuales.
- bajo nivel de autoestima sexual.
- menor frecuencia de experiencia de orgasmo y, en algunos casos, anorgasmia.
- matrimonio precoz.
- mayor promiscuidad sexual.
- prostitución.
- embarazo temprano (Romans et al., 1995b)
- y, probablemente, la continuación de este modelo en las posteriores generaciones (Sheridan, 1995).

Coincidiendo con algunas de las afirmaciones de Slusser (1995), Romans et al. (1995a), Ussher y Dewberry (1995), Lovett (1995), Collings (1995) y Echeburúa (1995a), las consecuencias psicológicas a corto y a largo plazo se agravan si:

- el comienzo es a una edad temprana (7 y 13 años).
- el abuso es cometido por padre o padrastro.
- la experiencia incluye contactos genitales.
- el abuso ocurre de manera repetitiva y/o se prolonga en el tiempo.
- se usa la amenaza y/o violencia.
- el agresor es varón (genera más temor).
- el agresor es adulto.

- la familia no apoya al-a menor, sobre todo, si se da rechazo materno.
- si la revelación supone división familiar.
- y si supone abandono del hogar.

Por todo ello, porque hay abuso de poder y riesgo para la salud física y psíquica, los comportamientos sexuales abusivos en menores son inadecuados, conllevan riesgos y, por lo tanto, no son saludables.

6. CREENCIAS SOBRE LOS ABUSOS SEXUALES.

Como ya señalaba al comienzo, al ser este tema tabú, alrededor de él existen una serie de creencia falsas, que permiten ocultar el problema, tales como:

- Pensar que todo abuso sexual supone violación. Como ya quedó claro al principio, basta con una propuesta hecha a un-a menor por un-a adulto-a con intención de obtener gratificación sexual, para considerarlo como tal.
- Los abusos sexuales no existen o son poco frecuentes. Lo que realmente ocurre es que son pocos los casos que conocemos, lo cual no quiere decir que no existan, tal como vimos en los datos reseñados previamente.
- Sólo ocurren en lugares oscuros y poco transitados. La mayoría de las violaciones parecen ocurrir en los lugares en los que habitualmente está la víctima (Echeburúa, 1995a).
- Los abusos sexuales sólo lo sufren las niñas. Los estudios indican que también los niños, aunque en menor porcentaje. Sin embargo, un estudio realizado con población amerasiática vietnamita, en U.S.A., revela que el 22% de los varones y el 18% de las mujeres sufrieron abuso sexual, dando los primeros un nivel significativamente alto de angustia con respecto a su grupo de

iguales del mismo sexo y origen, mientras que las segundas no mostraron diferencia en angustia con respecto a su grupo (McKelvey y Webb, 1995).

- Los abusadores son varones. No, también hay mujeres abusadoras sexuales, aunque en menor porcentaje que los abusadores, como ya indiqué, y que, además, abusan en mayor medida de varones que de mujeres.
- Quienes son víctimas de abuso sexual sufren secuelas emocionales a corto, medio y largo plazo. Según señalan las últimas investigaciones (Slusser, 1995; Jumper, 1995; McKelvey y Webb, 1995), esta afirmación tampoco es cierta, dado que pueden mantenerse emocionalmente estables tras el abuso entre un 20-30% de las niñas que los sufren (López y Arnáez, 1989).
- Creemos que ocurren como incidentes inesperados y aislados, cuando lo más probable es que la situación se vaya desarrollando gradualmente durante un tiempo y ocurra de manera frecuente.
- Supone una agresión violenta. Más bien es un acoso sutil, coacciones y amenazas en lugar de fuerza física. Hay agresoras-es que emplean el engaño, la persuasión o la presión psicológica para conseguir la aceptación de las-os niñas-os.
- Hoy, como consecuencia de la sobrestimulación existente, se dan más abusos sexuales que antes. Lo cierto es que se denuncian más que antes.
- El-a abusador-a sexual es un enfermo psiquiátrico. No necesariamente.
- Si ocurriesen a nuestro alrededor, nos daríamos cuenta de ellos. No siempre nos damos cuenta de los abusos, sino que, incluso, en ocasiones, no queremos darnos cuenta de lo que está ocurriendo.
- Están asociados a situaciones de bajo nivel socio-económico-cultural.

Aunque existen una serie de situaciones/variables que condicionan el abuso, sus características y sus consecuencias -como son la raza, el grupo étnico, el género y la edad (Huston et al., 1995; Mennen, 1995)-, estos pueden ocurrir en cualquier situación social (Guidry, 1995).

- Las-os niñas-os, que tienen una tendencia muy exagerada a fantasear, no dicen la verdad. Soy de la opinión que siempre deberíamos creerles, porque una situación de abuso sólo se puede describir con detalle si ésta ha ocurrido realmente.
- Sólo les ocurre a quienes lo buscan. Podría afirmar que en ningún caso, ni bajo ningún concepto, el-a niño-a es responsable del abuso sexual.
- Si la madre se enterase, lo denunciaría. Y los datos nos demuestran lo contrario. Es más, la madre llega incluso a ocultar el incesto para retener a su pareja y garantizar una supuesta estabilidad y seguridad familiar. Podemos decir que, en estos casos, el silencio de un-a niño-a es comprensible porque el temor le impide hablar, pero no así el de un-a adulto-a -el 92% de la muestra de un estudio realizado en España afirmó que deberían denunciarse estos abusos, pero sólo el 12.3% lo hizo realmente (López et al., 1994)-.
- Existe un estereotipo de abusador-a sexual: familiar o desconocido-a, viejas-os o jóvenes,... Y, sin embargo, es imposible precisar las características del-a agresor-a sexual típico-a.
- Si ocurre dentro de la familia, no se debe denunciar por conservar la unidad familiar. Pues no, se debe denunciar, además de preservar dicha unidad familiar, ayudándole a hacer frente al problema (Skibinski, 1995).
- Es un asunto privado y no se debe denunciar y, si lo hacemos, podemos perder la buena relación educativa o terapéutica (López et al., 1995).

6. CAUSAS DEL ABUSO SEXUAL.

Según Finkelhor (1986), los-as agresores-as escogen como víctimas a las-os niñas-os porque éstas-os tienen para ellas-os un gran significado emocional. Determinadas necesidades de estos-as adultos-as se satisfacen en contacto con las-os niñas-os. Necesidades que tendrían su origen en la inmadurez emocional, baja autoestima, traumas infantiles, deseo de controlar la relación, dificultad para empatizar (Pithers, 1994),...

McKibben et al. (1994) encontraron, en los violadores, una relación significativa entre conflictos vitales, afecto negativo y fantasías sexuales desviadas.

Hay quien piensa que el origen de los abusos sexuales está en que algunas personas adultas se excitan más con las-os niñas-os. Esto puede ser debido al hecho de haber sido objeto de abusos sexuales durante la infancia.

Otra causa puede ser la dificultad que presentan para relacionarse e intimar satisfactoriamente con otras-os adultas-os, al no disponer de las habilidades sociales adecuadas (Marshall, 1989).

También podría deberse a la falta de control de algunas-os adultas-os. La impulsividad, el abuso del alcohol, el retraso mental o la senilidad, podrían ser la causa.

En suma, podríamos hablar de diferentes causas concurrentes que explicarían la existencia de los abusos sexuales en menores.

Y, el-a agresor-a sexual realiza una secuencia de conductas que, siguiendo a Bentovin et al. (1988), es:

- 1.- Contacto pseudoeducativo: exhibición mutua de genitales, informaciones sobre la sexualidad y la vida,...
- 2.- El-a adulto-a pide al-a niño-a que le masturbe.
- 3.- Masturbación mutua.
- 4.- Contacto buco-genital.
- 5.- Coito vaginal.
- 6.- Coito anal.

7.- Otras actividades y caricias sexuales.

7. CÓMO ACTUAR ANTE UN ABUSO SEXUAL.

En primer lugar, debo señalar que el abuso se puede revelar, según Sgroi (1982), de manera accidental, donde el azar hace que el abuso se descubra y es la que ocurre en la mayoría de los casos, y de manera intencional, cuando el-a menor conscientemente revela el abuso.

Torres (1994) enumera diferentes factores asociados a los estos dos tipos de revelaciones. Para las revelaciones accidentales serían:

- alguien sabía que el-a menor había tenido contacto con una persona conocida como sospechosa de ser abusadora.
- el-a menor hace alguna afirmación inapropiada que da la pista de un probable abuso.
- el-a menor manifiesta una conducta sexual impropia para su edad (Slusser, 1995).
- el-a niño-a revela el abuso a un-a amigo-a quien lo dice.

Y los factores asociados a las revelaciones intencionadas:

- el-a menor recibió educación sobre el abuso sexual.
- la ira/enfado motivan la revelación.
- la revelación es hecha en el momento oportuno.
- ha sido influenciada-o por sus amigas-os para revelar el abuso.
- comportamientos que realiza el-a menor relacionados con la proximidad del-a agresor-a (cuando éste se aleja revela el hecho, evita estar cerca del-a mismo-a,...).

Sorensen y Snow (1991) señalan que, aún en el caso de que el-a menor revele el hecho, este proceso de revelación mantiene el curso

siguiente: negación, revelación, retracción y reafirmación, lo cual añade mayor dificultad a la hora de valorar la fiabilidad de los datos que manejamos, cuando realmente los tenemos.

Después de esto y coincidiendo con algunas de las propuestas que señala Rieser (1991) y Kondora (1995), considero que debemos adoptar la siguiente actitud ante la revelación:

- Creer al-a niño-a.
- Recibir la comunicación inmediatamente.
- Atender a cualquier indicio de posible revelación.
- Hacer una escucha activa:
 - * Acompañada de lenguaje verbal y gestual.
 - * Manifestar interés, sin alarmar.
 - * Estar disponible para lo que sea necesario.
 - * Dejar al-a niño-a que se exprese. Recoger la información fundamental sin presionarle.
- Desdramatizar.
- Desculpabilizarle.
- Expresarle afecto.
- Darle seguridad de que no le ocurrirá nada malo.
- Reforzarle positivamente por haberlo contado.
- Presentar al-a agresor-a como una persona que precisa ayuda.
- Si el-a agresor-a pertenece al grupo familiar, por ejemplo en caso de incesto, además de proteger al-a menor, buscar salidas que no impliquen una ruptura familiar.
- Negociar con él-la los pasos a seguir.
- Responder de forma calmada, comprensiva y de manera que se sienta apoyado-a.
- Dar apoyo especial e inmediato, tras la revelación tentativa o activa del abuso,

incluyendo la intervención clínica si se considera preciso.

- Llevarle a que le hagan un reconocimiento médico, de manera inmediata, ya que la evidencia física es uno de los datos más importantes para determinar la credibilidad de una alegación de abuso y, el retraso en la realización del examen médico del-a menor, disminuye la probabilidad de resultados positivos.
- Denunciarlo, contando con el consentimiento del-a niño-a si tiene edad para ello.
- Intervenir con el resto de la familia con el fin de que no culpabilicen y apoyen al-a niño-a en su decisión de revelar el abuso.
- Evitación de entrevistas múltiples al-a menor.
- Asegurarse de que no se repetirá.

Es la familia la responsable ética y legal ante la sospecha de abuso sexual en menores, quien debe comprender el problema y reconocer los signos y síntomas, a la par que es quien debe servir de guía y apoyo.

8. QUÉ HACER PARA REDUCIR EL RIESGO DEL ABUSO SEXUAL.

A lo debemos prestar mayor atención es a la Prevención; es decir, no sólo evitar que el abuso ocurra sino también que, una vez haya ocurrido, evitar que se repita. Esta Prevención, que pasa por hacer Educación, va dirigida tanto a las posibles víctimas como a las-os posibles abusadoras-es, tanto con y desde las familias como con y desde las-os primeras-os cuidadoras-es/educadoras-es de la infancia. Además, también hemos de preocuparnos por los grupos de riesgo de la población (Matejcek, 1995).

No considero que haya que hacer un Programa específico de intervención para disminuir los abusos sexuales, ni que haya que

hacerlo exclusivamente desde la Escuela, desde la Familia o cualquiera otro de los Agentes de Salud. La propuesta es:

1.- Hacer Educación para la Salud, en un sentido amplio del término, a través de todos sus agentes organizados y coordinados. Tiene que estar enmarcado dentro de un Programa General, donde estén implicadas la Familia, Escuela, Profesionales de la Salud, Comunidad y Medios de Comunicación Social, conjuntamente.

Y, más concretamente, tenemos que hacer una adecuada Educación Afectiva y Sexual. Y digo adecuada, porque esta Educación la estamos haciendo, queramos o no.

2.- Dirigida a todos-as los-as niños-as y, en el caso que nos ocupa, no solamente como posibles víctimas, sino también como posibles agresores-as.

3.- Hacer Educación y Promoción para la Salud significa mejorar la Calidad de Vida, a través de la Promoción del desarrollo personal, social y sexual, lo cual incluye:

- Tener conocimientos correctos y suficientes.
- Capacidad de diálogo: de hablar y escuchar.
- Alta autoestima.
- Capacidad para tomar decisiones.
- Capacidad para resolver problemas.
- Habilidades para relacionarnos con los demás.
- Habilidades para autoprotegerse.
- Asertividad.
- Creación de Redes Sociales.

Como vemos, son contenidos que afectan a muchas áreas de nuestra vida, no sólo al área sexual, como son, alimentación, ocio y tiempo libre, uso de determinadas sustancias, consumo, contagio de enfermedades,...

Si formamos en nuestros-as niños-as habilidades para evitar unos riesgos de comporta-

miento, estamos formándonos para evitar otros.

3.- Comenzar desde el momento del nacimiento, ya que es más fácil generar hábitos sanos que corregir los insanos y, todos sabemos que, la formación de hábitos, ocurre en las primeras etapas de la vida.

4.- Son Programas que deben estar previstos desde el Proyecto Educativo de Centro hasta las Programaciones concretas de cada Aula. En la actual reforma educativa española hay una serie de materias que el Ministerio de Educación ha considerado conveniente incluirlas como Transversales en la enseñanza; es decir, son materias relacionadas con los valores sociales (educación para la paz, salud sexual, prevención de accidentes, ocio y tiempo libre, salud mental,...), que se impartirían desde las materias ya tradicionales, haciendo estos contenidos más saludables. Pues los contenidos antes señalados serían lo Transversal de la Transversalidad; es decir, cualquiera de las habilidades que se indican que deben poseer las-os alumnas-os podrían tratarse desde las Áreas Transversales.

Y, ¿Cómo podrían las-os m-padres reducir la posibilidad de que sus hijas-os sean víctimas de abusos sexuales?

No hay recetas mágicas ni fórmulas maravillosas. El Objetivo Fundamental sería favorecer la Seguridad de las-os más pequeñas-os. Para ello han de partir del conocimiento de las estrategias que emplea el-a abusador-a (Elliot et al., 1995), ya mencionadas, además de:

- Tener estabilidad en la relación familiar.
- Favorecer que el-a niño-a disponga de varias figuras de apego.
- No olvidar que, como tales figuras significativas de apego que son, están haciendo de modelos a imitar.
- Establecimiento de un clima de sinceridad y de comunicación entre madre/padres e hijas-os y de tiempo para que esto ocurra.

- Proporcionar a las-os hijas-os los elementos necesarios para que sean capaces de defenderse de situaciones potencialmente peligrosas, como señalan Lenett y Crane (1987) y Hechinger (1987):
 - * Enseñarles que a veces tienen derecho a dudar de la autoridad y que no deben confiar sin reservas en cualquier persona adulta.
 - * Informarles sobre sexualidad, a respetar su propio cuerpo y el de las-os demás.
 - * Enseñarles que nadie tiene derecho a tocar su cuerpo y que si alguien intenta hacerlo, tiene derecho a decir que NO. Puede decirlo a cualquiera que le ponga en una situación incómoda.
 - * Enseñarle a que debe contar incidentes de este tipo.
 - * Que siempre que un-a adulto-a le pida que guarde un secreto, lo tiene que decir.
 - * También si alguien le ofrece dinero o regalos o si le habla de amor o sexo, sea quien sea esa persona.
 - * No ir a casa ni subir al coche de nadie sin permiso.
 - * No abrir nunca la puerta si está solo-a en casa.
 - * Enseñarle a marcar el número de teléfono de casa.
- Ser accesible a las demandas de las-os hijas-os.
- Actitud de escucha, ya que si no hacemos caso de los problemillas que nos cuentan, es probable que no nos digan espontáneamente algo que les preocupe.
- Estimularles para que hablen de sus actividades, de sus experiencias diarias y de las personas con quienes se relaciona.
- Ser capaces de entender y responder contingentemente a sus demandas.
- Ser coincidentes ambos padres en sus comportamientos, tanto verbales como no verbales, con el-a hijo-a.
- Facilitar la participación activa de todas-os las-os miembros del sistema familiar, incluyendo a las-os hijas-os.
- Estar integrados en la comunidad y ser conocedores-as de los sistemas de apoyo en ella existentes.

9. BIBLIOGRAFÍA:

- ANDREWS, B.; VALENTINE, E.R. y VALENTINE, J.D. (1995) "Depression and eating disorders following abuse in childhood in two generations of women". *Br. J. Clin. Psychol.* 34(1): 37-52.
- BENTOVIN, A.; ELTON, A.; HILDEBRAND, J.; TRANTER, M. y VIZARD, E. (1988) *Child sexual Abuse within the Family*. London: Wright.
- COLINGS, S.J. (1995) "The long-term effects of contact and noncontact form of child sexual abuse in a sample of university men". *Child Abuse Negl.* 19(1): 1-6.
- ECHEBURUA, E. (1995a) "La violación". En LABRADOR, F. *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa. pp. 455-460.
- ECHEBURUA, E. (1995b) "Tratamiento de las víctimas de las agresiones sexuales". En LABRADOR, F. *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa. pp. 455-460.
- ELLIOT, M.; BROWNE, K. y KILCOYNE, J. (1995) "Child sexual abuse prevention: what offenders tell us". *Child Abuse Negl.* 19(5): 579-594.
- EVERILL, J.T. y WALLER, G. (1995) "Reported sexual abuse and eating psychopathology: a review of the evidence for a casual link". *Int. J. Eat. Disord.* 18(1): 1-11.
- FINKELHOR, D. (1986) *Sourcebook on child sexual abuse*. SAGE Publications. The publishers of professional social. Science Beverly Hills London New Delhi.

- GUIDRY, H.M. (1995) "Childhood sexual abuse: role of the family physician [see comments?]" *Am. Fam. Physician.* 51(2): 407-414.
- HECHINGER, G. (1987). *Alerta, niños. Cómo proteger a nuestros hijos en la vida diaria.* Barcelona: Grijalbo.
- HUSTON, R.L.; PARRA, J.M.; PRIHODA, T.J. y FOULDS, D.M. (1995) "Characteristics of childhood sexual abuse in a predominantly Mexican-American population". *Child Abuse Negl.* 19(2): 165-176.
- JUMPER, S.A. (1995) "A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment". *Child Abuse Negl.* 19(6): 715-728.
- KONDORA, L.L. (1995) "Living the coming of memories: an interpretive phenomenological study of surviving childhood sexual abuse". *Health Care Women Int.* 16(1): 21-30.
- LENETT, R. y CRANE, B. (1987) *Dí que no. Proteja a sus hijos.* Barcelona: Grijalbo.
- LEVITT, E.E. y PINNELL, C.M. (1995) "Some additional light on the childhood sexual abuse-psychopathology axis". *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 43(2): 145-162.
- LÓPEZ, F. (1995) *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual.* Salamanca: Amarú Ediciones.
- LÓPEZ, F. y ARNAEZ, M^aM. (1989) "Los abusos sexuales a menores". *C. Med. Psicosom. Sex.* 10: 6-15.
- LÓPEZ, F.; HERNANDEZ, A. y CARPINTERO, E. (1995) "Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos". *Infancia y Aprendizaje.* 71: 77-98.
- LÓPEZ Y OTROS (1994) *Memoria sobre protección de menores.* Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- LOVETT, B.B. (1995) "Child sexual abuse: the female victim's relationship with her nonoffending mother". *Child Abuse Negl.* 19(6): 729-738.
- MARSHALL, W.L. (1989) "Intimacy, loneliness and sexual offenders". *Behavior Research and Therapy.* 27(5): 491-503.
- MATEJCEK, Z. (1995) "¡Prevention of Child abuse!" *Cas. Lek. Cesk.* 134 (11): 339-341.
- McKELVEY, R.S. y WEBB, J.A. (1995) "A pilot study of abuse among Vietnamese Amerasians". *Child Abuse Negl.* 19(5): 545-553.
- McKIBBEN, A.; PROULX, J. y LUSIGNAN, R. (1994) "Relationships between conflict, affect and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles". *Behavior Research and Therapy.* 32(5): 571-575.
- MENNEN, F.E. (1995) "The relationship of race/ethnicity to symptoms in childhood sexual abuse". *Child Abuse Negl.* 19(1): 115-124.
- PITHERS, W.D. (1994) "Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders empathy for sexual abuse survivors". *Behavior Research and Therapy.* 32(5): 565-570.
- RIESER, M. (1991) "Recantation in child sexual abuse cases". *Child Welfare,* 70(6): 611-621.
- ROMANS, S.E.; MARTIN, J.L.; ANDERSON, J.C.; HERBISON, G.P. y MULLEN, P.E. (1995a) "Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm". *Am. J. Psychiatry.* 152(9): 1336-1342.
- ROMANS, S.E.; MARTIN, J.L.; ANDERSON, J.C.; O'SHEA, M.L. y MULLEN, P.E. (1995b) "Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome". *Psychol. Med.* 25(1): 127-142.
- SGROI, S. (1982) *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse.* Lexington, MA: D.C. Heath.

- SKIBINSKI, G.J. (1995) "The influence of the family preservation model on child sexual abuse intervention strategies: changes in child welfare worker tasks". *Child Welfare*. 74(5): 975-989.
- SHERIDAN, M.J. (1995) "A proposed inter-generational model of substance abuse, family functioning, and abuse/neglect". *Child Abuse Negl.* 15(9): 519-530.
- SLUSSER, M.M. (1995) "Manifestations of sexual abuse in preschool-aged children". *Issues Ment. Health Nurs.* 16(5): 481-491.
- SORENSEN, T. y SNOW, B. (1991) "How children tell: the process of disclosure in child sexual abuse". *Child Welfare*, 70(1):3-15.
- THE DIAGRAM GROUP (1993). *El sexo. Manual práctico ilustrado para la relación sexual*. Información completa sobre el SIDA. León: Everest.
- TORRES, B. (1995) "La investigación de las denuncias de casos de abuso sexual infantil y adolescente: I. Contexto, criterios y procedimientos empleados". *C. Med. Psicosom.* 32: 40-61.
- USSHER, J.M. y DEWBERRY, C. (1995) "The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: a survey of adult women survivors in Britain". *Br. j. Clin. Psychology*. 34(2): 177-192.
- VIZARD, E.; MONCK, E. y MISCH, P. (1995) "Child and adolescent sex abuse perpetrators: a review of the research literature". *J. Child Psychol-Psychiatry*. 36(5): 731-756.
- WALLER, G. y RUDDOCK, A. (1995) "Information-processing correlates of reported sexual abuse in eating-disordered and comparison women". *Child Abuse Negl.* 19(6): 745-759.
- WURTELE, S.K. y MILLER-PERRIN, C.L. (1992) *Preventing child sexual abuse: Charing the responsibility*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.