

Abuso sexual del menor: perspectivas preventivas y psicopatológicas

Jorge A. Serrano*

Introducción

La violencia ejercida sobre el niño existe probablemente desde los albores de la historia humana. La ideología tradicional ha considerado corrientemente al niño como una propiedad del adulto (Wolfe, 1987), contribuyendo de éste modo a una cierta ocultación del **maltrato infantil** y, por ende, del **abuso sexual**.

En efecto, la tematización científica del **maltrato físico**, de la **negligencia** y del **abuso sexual** del menor se inicia recientemente con la descripción del "síndrome del niño maltratado" en el artículo princeps de Kempe, Silverman y col. (1962). A partir de entonces se ha delineado progresivamente la "dinámica de la violencia familiar". El interés por el abuso sexual es en realidad más reciente, en torno a los años 70', quizás porque en ciertas culturas, las relaciones sexuales con menores de edad es mejor tolerada que el maltrato infantil.

El análisis de la dinámica de la violencia familiar ha permitido estudiar las características interactivas del sistema familiar (la calidad de la relación conyugal, la relación padres-hijos), así como el perfil psico-social de los padres maltratantes o incestuosos, el de los adultos abusivos y el de los niños maltratados o víctimas de abuso sexual.

Hasta hace poco tiempo, la escasa difusión de los conocimientos adquiridos en ese campo, ha contribuido a mantener la "ocultación" involuntaria del maltrato. Por otra parte, la importante connotación afectiva que está ligada a la violencia ejercida sobre el niño, se expresa aún en ciertas actitudes tanto del cuerpo médico como de algunos mediadores sociales. Así, en los medios médicos, imbuídos por el pudor propio a la naturaleza del secreto profesional, se prefería, hasta hace poco, hablar de "síndrome de Silverman", término "aséptico", aceptable por el imaginario médico-social.

El abordaje científico sistemático del problema que nos ocupa, así como la sensibilización de las organizaciones políticas y sociales, ha dado lugar a acciones de mayor o menor envergadura destinadas a prevenir y a tratar las causas y las consecuencias de la violencia ejercida sobre el niño, sobre todo en su entorno familiar. Gracias a los esfuerzos realizados en defensa de la niñez, – culminados con la firma de la Convención de Naciones Unidas por los Derechos del Niño (1989) y la Cumbre Mundial de la Infancia (1990) –,

SUMMARY

This article concerns child sexual abuse (CSA). Some family dynamics and individual psychological characteristics are described. The psychological impact of child abuse and the main principles of preventive action are also outlined.

KEY WORDS

Child sexual abuse. Family context. Preventive aspects.

* Profesor. Jefe de clínica. Facultad de Medicina. Clínicas Universitarias San Lucas. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Universidad Católica de Lovaina. 1200 Bruselas - Bélgica. Vice-presidente de la Oficina Católica Internacional del niño.

los diferentes países del mundo, y en particular los del mundo occidental desarrollado, han elaborado progresivamente políticas de detección, de prevención y de tratamiento, de denuncia y de sanción de aquellas relaciones intra-familiares en las cuales predomina la violencia, el maltrato o el abuso sexual. Se entreteje así una estructura psico-médico-social y legal ciertamente funcional pero no exenta de malentendidos y de paradojas.

En la mayoría de países se han desarrollado servicios, hospitalarios o extrahospitalarios, públicos o privados, universitarios¹ o no, en los cuales se busca prevenir los daños y disminuir la gravedad de las secuelas del **maltrato** y del **abuso sexual del menor** (Bowman, 1985; Calam y Slade, 1989; Deschamps, 1992; Goldfarb, 1987; Jehu, 1988; Palmer y col, 1990; Waller, 1991, 1992). Estas secuelas se expresan tanto a través de diversos cuadros psicopatológicos², como en la transmisión transgeneracional de la violencia familiar (Farrington, 1978, 1991) y por ende del maltrato y del abuso sexual.

La presente artículo, basado en nuestra experiencia de psiquiatría de enlace en la Clínica Universitaria Saint Luc de la Universidad Católica de Lovaina, está consagrado a analizar el problema **del abuso sexual**, haciendo hincapié en algunos de sus aspectos preventivos y psicopatológicos.

Identificar correctamente el problema

Definir el abuso sexual

El **abuso sexual de menores** ha sido definido como la utilización del niño o del adolescente como **objeto de gratificación** de las necesidades, deseos o fantasías sexuales **del adulto**. Schechter y Roberge (1976) han subrayado la **dependencia** y la **inmadurez** del niño o del adolescente implicados en esa situación. Para éstos autores, el niño y el adolescente son incapaces de consentir libremente o de comprender el sentido del comportamiento del adulto, quien, al actuar de ese modo, transgrede los tabúes sociales y las reglas familiares vigentes.

Finkelhor y Korbin (1988) han precisado las características del contacto sexual adulto/niño. Se trata de:

1º) Todo contacto sexual entre un adulto y un niño sexualmente inmaduro, con el propósito, para el primero, de obtener una gratificación.

2º) Todo contacto sexual con un niño mediante el uso de la fuerza, de la amenaza o del engaño.

3º) Todo contacto sexual con un niño incapaz de dar su consentimiento ya sea por su corta edad o por el poder y la autoridad (económica, psicológica o moral) del adulto.

Estas características permiten incluir, como formas de abuso sexual, las experiencias sexuales entre el niño/adolescente y sus padres u otros adultos exteriores al medio familiar, como también las situaciones de **prostitución** o de **pornografía** en las cuales interviene un elemento de carácter económico.

Aún más, toda definición extensiva del abuso sexual abarcaría las experiencias entre menores de edad y otras formas de erotización de la relación adulto/niño que no impliquen necesariamente estimulación directa de los órganos genitales o penetración; abriría también la discusión acerca de cuestiones tales como la edad del niño implicado, la naturaleza del consentimiento, el concepto de "madurez" sexual, etc.

Por otra parte, conviene recordar la diferencia existente entre el **incesto**, "cohabitación entre personas emparentadas" cuyo grado de parentesco excluye toda relación permitida jurídicamente, y el **abuso sexual extrafamiliar**, es decir, aquel perpetrado por una persona que no posee lazos de parentesco con su "víctima".

El adulto abusivo no busca necesariamente establecer una relación positiva con el niño. Como nos lo recuerda Hayez (1992), se trata, en general, de una **satisfacción narcisista, casi auto-erótica**; el niño no está investido como tal, sino como superficie de proyección sobre la cual desfilan las fantasías del adulto. Ferenczi (1933), citado por Hayez (1992), sostenía la existencia en éstos casos de una "confusión de lenguas" puesto que el adulto "habla" el lenguaje de la pasión y del amor genital, mientras que el niño tiene necesidad de contacto y de ternura.

Ciertas características epidemiológicas han sido destacadas a partir de investigaciones, sobre todo americanas. Por ejemplo, el abuso sexual de las niñas comprende el exhibicionismo, las caricias, el contacto genital, la masturbación y la penetración vaginal, oral o anal. Los niños son abusados mediante caricias, masturbación mutua, felación y penetración anal.

¹ El servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Universidad Católica de Lovaina, en Bélgica, cuenta con un equipo pluridisciplinario especializado en el maltrato infantil.

² Nuestra experiencia de trabajo nos confirma la frecuencia de abusos sexuales en niños con trastornos psicósomáticos o con dificultades escolares, así como en pre-adolescentes y adolescentes con trastornos alimentarios como la bulimia nerviosa.

Dinámica familiar del abuso sexual

Estructura de poder: dominación-sumisión

Las familias incestuosas han sido descritas como **disfuncionales** y, aunque existen ciertos rasgos comunes como por ejemplo un **desequilibrio en la estructura de poder** de la pareja, no es posible establecer una tipología familiar bien definida. Las familias abusivas parecen orientar sus esfuerzos en mantener un estilo de interacción y de lazos parentales y conyugales disfuncionales. Se trata de familias donde no hay ganador (no-win position): con frecuencia los miembros de la familia juegan todos a perder.

Se observa sobre todo estructuras familiares rígidas, patriarcales³. En muchos casos, el **padre** ocupa una **posición dominante**, – despótica, según mi experiencia –, ejercida mediante la fuerza y la coerción. La relación conyugal no satisface las necesidades de dependencia de ambos padres, quienes, en general, no han sido suficientemente investidos afectivamente durante su infancia. Algunos padres utilizan la violencia para reforzar su poder y su control sobre la familia (Weinberg, 1955), pero, en general, el adulto utiliza más bien la “presión” psicológica, social o económica para alcanzar sus propósitos (seducción, valorización del niño, regalos, recompensas diversas, chantaje, argumentos ideológicos...).

A éste respecto, recuerdo el caso de la Sra. C. quien me consultó por un problema alimentario de su cuarto hijo de 6 años. La consulta revela la existencia de un importante conflicto de pareja, caracterizado por una descalificación mutua permanente, así como por una casi ausencia de vida sexual. Durante la entrevista con cada uno de los padres separadamente, la madre me confía que fué “abandonada” por su propia madre cuando tenía 1 año y confiada a un orfanato dirigido por religiosas, “donde fué feliz gracias a su cariño” - nos dice C. Allí permaneció hasta sus 8 años y luego fué retirada por su madre para hacerse cargo de sus hermanos y hermanastros menores. Un año después vuelve nuevamente al orfanato porque la madre había decidido separarse de su concubino, personaje tan violento y alcohólico como el propio padre de C. Pasados apenas dos años la madre la retira nuevamente del orfanato porque ha decidido rehacer su vida con el primer marido, padre de C.

Un tiempo después, apenas cumplidos sus 11 años, el padre decide iniciar su “educación sexual”, manteniendo relaciones con la joven C., más o menos

una vez por semana, durante alrededor de 5 años, a vista y paciencia de la madre. A los 16 años encuentra a su marido actual quien la salva de su situación. El padre se “consuela” “educando sexualmente” a otra de las hermanas de C.

La familia de C. vive un destino de incesto. Hace algunos meses, su suegro se ha permitido ciertos comportamientos incestuosos con una de las hijas mayores de C. Comentando el comportamiento de su suegro, C. dice comprenderlo, haberlo perdonado, aunque reprocha a su marido de no haberse mostrado más firme con su padre.

Otras veces se trata del modelo inverso, es decir, de una **madre dominante** y de un **padre pasivo**, quien no se siente seguro fuera de una relación incestuosa.

Confusión de roles

En las familias incestuosas no es nada raro observar una confusión de roles, ya sea cuando la **madre delega sus roles** maritales y domésticos a sus hijas mayores o cuando el **padre** se muestra **afectuoso**, asumiendo la atención y los cuidados domésticos. La relación incestuosa puede convertirse en la única fuente de intimidad, de ternura y de afectión para el niño.

Relación con el entorno

El **aislamiento social** de ciertas familias, incapaces de establecer relaciones sociales gratificantes con el entorno, ha sido descrito como un factor de riesgo del “incesto endogámico”(Weinberg, 1955). Se trata de familias centrípetas, cerradas, que perciben el mundo externo como hostil.

El Sr. N., de unos 40 años, viene de “urgencia” a mi consulta aconsejado por un colega. Me dice que tiene miedo cometer un acto incestuoso con su niña de 4 años. N. vive solo con la niña desde que perdió a su esposa, fallecida accidentalmente, unos meses atrás. Últimamente la niña viene a su cama por las mañanas y él, la acaricia. Mientras la acaricia, entra en erección y reacciona bruscamente pidiéndole a la niña que deje la cama y se vista. Explica esta eclosión de deseos incestuosos como un signo más de su depresión, de su aislamiento social, de la dualidad de roles que debe asumir actualmente en su hogar.

Por otra parte, la situación actual le recuerda a su hermano mayor quien le sometía a prácticas de felación durante su niñez.

³ El término de familias “totalitarias” (Barudy, 1988) me parece situarse fuera de contexto.

La **promiscuidad** y el **aglutinamiento familiar** favorecen la eclosión del incesto. Lo paradójico de esa situación es el contraste entre la rigidez de las fronteras familia/entorno social y la delicuecencia de las fronteras intergeneracionales. Summit y Kriso (1978) han descrito ciertas formas de incesto en los “entornos rústicos” en los cuales las relaciones incestuosas entre hermanos y entre generaciones son socialmente toleradas.

La promiscuidad familiar favorece la interpretación incorrecta de ciertas actitudes infantiles consideradas como “maniobras de seducción” por algunos adultos. Esta interpretación corresponde a una distorsión afectivo-cognitiva del adulto presente también en otros contextos socio-económicos. En realidad, se trata de actitudes asumidas por los (las) niños (as) en pleno desarrollo, abocados a la búsqueda de consolidar su identidad sexual, que juegan a “mostrarse adultos”, sin que ello signifique un “deseo sexual real” (Szaniecki, 1995). La confusión de lenguas señalada anteriormente se confirma una vez más.

La Sra. X. llega a mi consulta con su niño de algo más de un año quien presenta problemas de sueño. Lhora toda la noche y X. no sabe muy bien como manejar la situación. El niño duerme en su cuna durante la consulta y cuando pregunto por el padre, la madre se lanza rapidamente a explicarme las razones por las cuales prefiere que su marido no participe en la entrevista. “No tiene por qué estar en la consulta” - nos dice - puesto que “no es el padre de mi hijo, ni tampoco del otro en camino”, - añade. En realidad, me confiesa X., “el padre de ambos es mi suegro” con quien ella mantiene regularmente relaciones íntimas.

Las declaraciones de X. me dejan sorprendido por su crudeza y por la ausencia de crítica de su comportamiento. Las cosas “son así” y “para qué cambiarlas”. En su propio medio familiar de origen - Cuarto Mundo el incesto nos dice es práctica corriente, tanto entre hermanos como entre padres e hijos.

La sexualidad de la pareja parental

Los **problemas sexuales** de la pareja parental son frecuentes. La madre rechaza las relaciones íntimas pretextando estar “indispuesta”, e invocando razones como malestar o enfermedad física, cansancio o depresión. En algunos casos, la esposa - o concubina - se ausenta del hogar por causa de trabajo, precisamente durante los períodos más álgidos de la vida conyugal. La **frustración sexual**, resultante de esa situación, puede convertirse entonces en factor desencadenante del incesto, pues los padres se vuelcan hacia los hijos en vez de buscar gratificaciones exteriores a la pareja.

La familia B., enviada por un colega pediatra, consulta debido a la anorexia mental de su hija única. La impúber, de 12 años, “se atora” y tiene miedo de comer “alimentos sólidos”. Su madre tiene que licuar los alimentos y ocupasce de hacerle tomar una bebida nutritiva prescrita por el médico. La joven C. parece parapetarse detrás de los tarros vacíos de dicha bebida, como si quisiese protegerse de la violencia de las disputas de sus padres. Estos viven como “perro y gato”. La madre ha mantenido una relación extraconyugal, “justificada” por la ausencia de ternura de parte del marido, personaje un poco burdo y primario.

En realidad, los padres duermen separados, el padre en el dormitorio de su hija, mientras que ésta última comparte la cama con la madre. Durante las entrevistas con la madre sola, ésta nos confiesa progresivamente la existencia de caricias mutuas con su hija. Ella “le pide a su madre” y, en el intercambio de caricias, ambas alcanzan un estado de voluptuosidad importante.

Dinámica individual del adulto abusivo

Groth (1982) distingue dos tipos de **agresores sexuales**. Por una parte, aquellos cuya sexualidad permanece **fijada** a una etapa arcaica del desarrollo psicosexual. Ellos se sienten atraídos por niños impúberes; rara vez mantienen relaciones sexuales con personas de su edad o llegan a casarse. El otro tipo es el de los agresores **regresivos**, quienes inicialmente se sienten atraídos por personas de su edad, llegan a casarse y mantienen una relación adecuada con esposa e hijos. El problema surge cuando la relación se conflictualiza, dando lugar a la resurgencia de la atracción por los niños varones pequeños.

En realidad, los adultos abusivos sexualmente suelen presentar problemas de **identidad sexual**. Se sienten inseguros de su propia virilidad (o feminidad) y utilizan el paso al acto para confirmarlas.

Algunos padres y adultos incestuosos o abusivos sexuales pueden presentar también rasgos de **pedofilia** en su estructura psicopatológica: si sienten más atraídos por los niños pequeños, por sus hijas e hijastras, que por sus conyuges. Además, presentan a veces rasgos **parafilicos** tales como el exhibicionismo, el voyerismo o el masoquismo sexual (cfr. Giese et von Gebattel, 1964).

El Sr. JP, de 24 años, viene a mi consulta durante un proceso jurídico, que le ha iniciado el Ministerio público acusándolo de atentado al pudor y a las costumbres. Su demanda es poco precisa yendo desde un estado depresivo de mediana intensidad a la “prueba jurídica” de seguir una psicoterapia, capaz de reducir el peso de la condena. Se trata del segundo proceso de JP. El primer proceso, cuando apenas había alcanzado

su mayoría de edad, fué motivado por la denuncia de tentativa de violación de su amiguita, menor de edad (16 años). JP explica la situación negando los echos y afirmando su inocencia puesto que su amiguita "estaba de acuerdo de tener relaciones íntimas con él". Fué condenado a tres meses de prisión y puesto luego en libertad condicional.

El proceso actual es algo más confuso. Cuenta que se encontraba discutiendo con una jovencita acerca de "cosas" de orden sexual. Había tomado unos tragos. En cierto momento decide bajarle los pantalones a un niño de 10 años que se encontraba en las cercanías. No alcanza a hacerlo pues el padre del niño interviene, pide ayuda a la policía y le detienen.

Según JP. su comportamiento no tenía ninguna intención sexual (?). Por otra parte estaba viviendo un periodo difícil puesto que le habían castrado uno de sus testículos, probablemente a causa de un error médico. Desde ese momento JP. se interroga acerca de su capacidad sexual y de reproducción.

JP. era el último hijo de una familia de 8 hermanos. Fué siempre el preferido de su madre.

El consumo excesivo de **alcohol**, así como otras formas de psicopatología, han sido también considerados como factores favorables a la transgresión y por ende al maltrato infantil o al abuso sexual.

La **negación** o la **banalización** de los hechos es frecuente entre los sujetos transgresores, así como entre los demás miembros del entorno familiar.

Ch. de 15 años de edad presenta un cuadro de bulimia nerviosa. Las entrevistas familiares revelan una relación de pareja bastante formal entre los padres, ambos profesionales, dedicados casi exclusivamente a su trabajo. El padre se presenta como dominante, autoritario, aunque detrás de esa fachada se descubre un personaje frágil, exigente en los aspectos formales, pero dependiente de su esposa en la realidad cotidiana. La madre, pese a una actividad profesional intensa, asume también las tareas de orden educativo de sus dos hijos, Ch. y su hermano C., menor que ella.

Durante una de las entrevistas, Ch. recuerda a su padre que no puede perdonarle el echo de no haber intervenido claramente con su tío paterno, quien habría intentado tener una relación íntima con ella. El padre trata de banalizar los echos, lo cual refuerza la cólera de Ch. y coloca la madre en una situación incómoda, dividida entre su marido y su hija. Meses después, al solucionarse los problemas alimentarios, Ch. desarrolla un comportamiento sexual anárquico, erotómano, buscando por todos los medios establecer una relación afectiva con un joven de su edad, sin tener cuenta los riesgos y los límites impuestos por la situación.

Impacto psicológico del abuso sexual

Las observaciones clínicas a propósito de las repercusiones psicológicas del abuso sexual han comenzado hace apenas un lustro. Se describen las **reacciones** a corto plazo y las **secuelas** a largo plazo. Se trata, en ambos casos, de manifestaciones clínicas inespecíficas y por ende difíciles de identificar como emergentes del abuso sexual.

Reacciones a corto plazo

Las reacciones a corto plazo están relacionadas con la vivencia inmediata del traumatismo. Las **manifestaciones ansiosas** son frecuentes. Los niños experimentan un sentimiento de inseguridad, se muestran atemorizados, huidizos; temen la presencia del adulto de sexo masculino; evitan las situaciones análogas al traumatismo, o desarrollan a veces verdaderos estados fóbicos e incluso de pánico. La ansiedad se acompaña de **síntomas depresivos** tales como la tristeza, la culpabilidad, la vergüenza o las reacciones de cólera. Las adolescentes se muestran a veces incapaces de elaborar y de comprender la situación de abuso, el cual es sometido de éste modo a una especie de represión psicológica.

Las manifestaciones ansiosas y depresivas modifican el comportamiento cotidiano del niño abusado a nivel del sueño, de la alimentación, de la actividad escolar y social. Las **perturbaciones del sueño** consisten en dificultades para dormir, insomnio, interrupción del sueño y pesadillas. Las pesadillas "reviven" a veces la situación traumática, la cual puede ser también "visualizada" durante el día, mediante fenómenos de pánico o de reviviscencia oníroide del traumatismo. Se observa también **trastornos de la alimentación** tales como la anorexia o la bulimia compulsiva (crf. Waller, 1991, 1992), las cuales tienden a cronificarse. A **nivel escolar** suelen presentarse modificaciones bruscas en el rendimiento y dificultades de concentración en contraste con un estado de hipervigilancia frecuente en éstos casos.

Las reacciones a corto plazo corresponden al Trastorno descrito por la DSM IV como **Estado de Estrés Post Traumático** (PTSD).

A nivel social, el abuso sexual infantil provoca **fugas** del medio familiar, favorece la eclosión de la agresividad, y, a mediano plazo, acentúa el fenómeno del niño de la calle y en la calle, el consumo del alcohol o la droga, la formación precoz de parejas pasajeras.

Secuelas del abuso sexual

El abuso sexual prolongado deja trazas permanentes en la organización de la personalidad del niño. La más frecuente es la **falta de confianza**; es como si la

confianza de base, sobre la cual se construye el conjunto de la personalidad, hubiese sido destruída y el niño no pudiese confiar más en los adultos, puesto que el padre abusa de él (ella) y la madre se muestra incapaz de protegerle (la).

De éste modo se desarrolla una **pobre autoestima**. La imagen corporal del niño abusado aparece como "dañada" físicamente, mientras que la representación de sí mismo (el propio sujeto como objeto narcísico) en el espacio social está invadida por la vergüenza y por la culpa, tanto más importantes cuanto que el entorno socio-familiar muestra signos negativos de rechazo o de hostilidad.

Según las circunstancias, el niño o el adolescente abusado puede presentar **estados depresivos** francos, acompañados a veces de **comportamientos suicidarios** o de **reacciones agresivas e impulsivas**. Las manifestaciones psicosomáticas, y en particular, la bulimia nerviosa, son ciertas de las secuelas frecuentes del abuso.

A nivel **escolar** éstos pacientes obtienen **resultados** mediocres, debido a las dificultades de concentración y a la polarización de la atención en torno al incesto. Por otra parte, se **integran mal** con sus condiscípulos de clase, mantienen una cierta distancia a causa de su timidez y retraimiento. Con el correr del tiempo, pueden convertirse en presa fácil del alcohol o de las drogas.

No es raro observar una evolución hacia formas de organización psíquica como la **personalidad límite** (borderline) y la **personalidad múltiple**. En todo caso, una mayoría de los niños y adolescentes abusados presentan **problemas de identidad sexual**, tanto en el comportamiento como en la atribución de roles sexuales. Se observa en general dos perfiles diferentes de adaptación: el primero busca dominar la situación utilizando la repetición activa del comportamiento sexual traumático, mientras que en el segundo la adaptación se efectúa mediante la inhibición o el evitamiento de todo estímulo sexual. A nuestro parecer, algunos sujetos pueden presentar ambos perfiles de adaptación sucesivamente y según las situaciones vivenciadas.

El sentido de la prevención

Qué se entiende por **prevención**? Cuál es su sentido? En su más amplia acepción "prevención" quiere decir "acción y efecto de prevenir" (Pequeño Larousse Ilustrado, 1972) "disposición que se toma para evitar algun peligro". Ya en el lenguaje corriente se suele decir: "más vale prevenir que curar" o también "hay que cortar los males de raíz".

A nivel psicológico, la prevención se presenta como "una intervención constituida por un **conjunto de**

medidas que tiene como objetivo **reducir la incidencia de un comportamiento o de un acontecimiento** peligrosos. Esta intervención es doble: investiga e identifica los factores asociados a la génesis de éstos comportamientos y acontecimientos; e instaura las medidas de protección destinadas a prevenir su aparición. La prevención actúa sobre el medio (bienes de equipo o ambiente) y/o sobre el factor humano (selección, formación o aprendizaje)" (Dictionnaire de Sciences Humaines).

En el campo médico, la prevención implica toda **acción tendiente a adelantarse a ciertos riesgos**; comprende el conjunto de medidas implicadas antes de la aparición del problema, a fin de evitar su eclosión. Más allá de ésta primera acepción, el modelo médico permite profundizar la reflexión al distinguir tres niveles de prevención, primaria, secundaria y terciaria, según el momento de la intervención (Caplan, 1966). El objetivo final de toda forma de prevención es el de promover el desarrollo integral de la persona (estado armonioso de bienestar físico, mental y social).

En el caso que nos ocupa, la **prevención primaria** se refiere a toda estrategia de intervención dirigida a evitar la aparición del maltrato o del abuso sexual del menor. La **prevención secundaria** comporta la detección y el tratamiento precoz con miras a reducir la duración y las complicaciones del problema. El objetivo de la **prevención terciaria** será el de evitar la recurrencia y las consecuencias del maltrato infantil o del abuso sexual.

Estos diferentes niveles de intervención connotan el conjunto de la prevención del maltrato y del abuso sexual infantil como un **proceso dinámico** fundado en la interacción permanente entre los diferentes interlocutores, es decir, los expertos y la población o comunidad concernida. El objetivo común es el de elaborar proyectos o programas de información, formación, intervención e investigación acerca del problema.

Los programas preventivos se elaboran, al menos, en torno a los tres ejes siguientes:

1°) Una **definición correcta del problema** que tome en cuenta las implicaciones psicológicas, socio-culturales y económicas. Estos últimos son más bien los "detonadores" de la situación (A.C. Serrano y col., 1979).

2°) A partir de las **necesidades reales** de la población. La experiencia ha demostrado que los proyectos elaborados al margen de la demanda y de las necesidades reales de la población están condenados al fracaso.

3°) Capaz de permitir una cierta **mobilización y la participación de la población** interesada. La

movilización de la comunidad constituye por supuesto una tarea ardua y paciente obtenida mediante múltiples contactos y una información o sensibilización adecuadas.

Necesidades y participación de la comunidad

Una lectura sistémica de la violencia familiar, del abuso sexual particularmente en nuestro caso, como de todo acontecer humano, nos parece responder mejor a la comprensión del problema. La perspectiva sistémica reconoce la intrincación y la correlación entre los diferentes **factores de riesgo** (predisposición individual, dinámica familiar y socio-cultural, los **factores de mediación** (redes de apoyo y de ayuda social) y los **factores desencadenantes**, en función del estado de desarrollo del niño de la historia familiar.

Una vez analizado el problema del abuso sexual y sus características, conviene preguntarse cuáles son los **espacios sociales de prevención**, donde se pueden identificar factores de riesgo. A nuestro entender se trata de aquellos espacios en los cuales los agentes psico-médico-sociales entran en contacto con las familias o con los sujetos (niños y adultos) susceptibles de encontrarse en condiciones de abuso.

Pensamos que toda tarea preventiva debería centrarse en: a) los centros de **consulta y de hospitalización pediátrica**; b) los centros de **medicina escolar**; c) los centros de **salud mental**; d) las **organizaciones sociales** encargadas de los niños; e) los centros **escolares** o de **orientación pedagógica**.

La **prevención primaria**, se interesa particularmente en los programas de intervención precoz, indispensables si se tiene en cuenta los límites del tratamiento familiar una vez que el problema se instala (Cohn, 1979 a y b; Dubowitz, 1990). La revisión crítica de MacMillan y col., analiza la eficacia de los programas de prevención en materia de maltrato físico y de negligencia (1994 a) y de abuso sexual (1994 b). Según dichos autores, aunque los programas no reducen las tasas de maltrato, existen datos significativos probantes de la utilidad de las **visitas domiciliarias** y de los **programas educativos** dirigidos a los padres.

Las visitas domiciliarias, de grupos de población con riesgo elevado (madres adolescentes, solteras, de estrato socioeconómico bajo), llevadas a cabo por enfermeras durante el embarazo y los primeros meses de vida del niño (hasta los 2 años), reducen el número de consultas hospitalarias, así como las sospechas de maltrato o de negligencia. Por otra parte, los **programas de educación** cuyo contenido se refiere al desarrollo del niño y a las técnicas de educación, juegan un rol positivo en la disminución de riesgos de maltrato y de abuso sexual.

La **prevención secundaria** supone la sensibilización y la formación de los agentes médico-sociales al diagnóstico y al tratamiento precoz del problema. La existencia de equipos especializados, necesaria por supuesto, puede crear la ilusión de resolver el problema sin que los demás miembros de la comunidad se sientan implicados.

La utopía de todo programa de prevención es la de favorecer la coincidencia de intereses entre los protagonistas en torno a "la causa de los niños": coincidencia en el modelo societal propuesto, en los modelos de identificación personal y en la integración existencial de la familia. En el campo de la prevención no existen respuestas preestablecidas. Es gracias al apoyo de la comunidad, dentro de un amplio espíritu de concertación y de comunidad, dentro de un amplio espíritu de concertación y de coordinación que se establece una política coherente de prevención. La información y la sensibilización de la opinión pública son indispensables para tal efecto.

Una de las condiciones primordiales para el éxito de la prevención es que el mayor número de agentes médico-sociales posea, además de los **conocimientos científicos**, una **actitud de escucha y de atención auténtica** de la vida concreta de la familia y del niño.

Reflexiones finales

A nuestro parecer existe actualmente una serie acumulativa de riesgos de violencia familiar y del abuso sexual infantil. Se trata de un *iceberg*, signo revelador de un malestar mucho más profundo de la familia y de la sociedad en general.

La sociedad actual está marcada por el ansia de consumo y por la búsqueda inmediata y fácil de placer, por la precariedad del empleo y la inestabilidad conyugal. El sentido de la existencia, de su apertura trascendente, así como los valores de solidaridad, de responsabilidad o de compromiso, se han vuelto opacos, cuestionables, olvidados. A falta de un proyecto existencial sólido, el hombre de hoy corre el riesgo de transitar su existencia por callejones sin salida.

La familia está amenazada por la ideología de la libertad y la permisividad sexual, por la banalización del divorcio, la expansión del concubinage, el aumento de la maternidad en adolescentes solteras; la promiscuidad, la ausencia de los padres, las migraciones (cfr. los trabajos de Oscar Lewis).

Urge pues proponer y provocar cambios. En un mundo roído por la incertidumbre de los valores, la agonía de las ideologías y la desconfianza frente a las instituciones y las estructuras sociales, en un mundo devastado por la búsqueda incesante del dinero y del poder, en un mundo que hunde a los débiles y a los

más sensibles en la incertidud y en la desesperación, la violencia y el comercio sexual infantil juegan un rol de descarga y de pseudo-placer fácil, pese a su carácter destructor y efímero. Está en nuestras manos contribuir a resolver éste problema.

Bibliografía

1. BARUDY, J. - L'épistémologie systémique: une possibilité de regard alternatif sur la maltraitance infantile. **Bulletin de l' ALEM** 7: 19-34, 1988.
2. BOWMAN, E.S.; BLIX, S. & COONS, P.M. - Multiple personality in adolescence: relationship to incestual experience. **J Amer Academy of Child Psychiatry** 24: 109-114, 1985.
3. CALAM, R. & SLADE, P. - Sexual experiences and eating problems in female under-graduates. **Int J Eating Dis** 8: 391-397, 1989.
4. CAPLAN, G. - Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1966.
5. COHN, A.H. - An evaluation of three demonstration child abuse and neglect treatment programs. **J Amer Acad Child Psychiat** 18: 283-291, 1979.
6. COHN, A.H. - Essential elements of successful child abuse and neglect treatment. **Child Abuse and Neglect** 3: 491-496, 1979.
7. DESCHAMPS, G.; PAGEAN, M.T. & PERSON, M. - Le devenir des enfants maltraités. Étude psychologique 7 ans après les services. **Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence** 30: 671-679, 1992.
8. DUBOWITZ, H. - Pediatrician's role in preventing child maltreatment. **Pediatrics Clinics of North America** 37: 989-1002, 1990.
9. FARRINGTON, D.P. - The family background of aggressive youths. In: HERSOV, L.; BERGER, M. & SHAFFER, D. eds. - Agression and antisocial behaviour in childhood and adolescence. Oxford, Pergamon, 1978. p.73-93.
10. FARRINGTON, D.P. - Childhood aggression and adult violence: early precursors and later-life outcomes. In: PEPLER, D.J. & RUBIN, K.H. eds. The development and treatment of childhood aggression. London, Lawrence Erlbaum Assoc. Pub, 1991. p. 5-29.
11. FINKELHOR, D. & KORBIN, J. - Child abuse as an international issue. **Child Abuse and Neglect** 12: 3-23, 1988.
12. GIESE, H. & von GEBSATTEL, V.E. - Psicopatología de la sexualidad. Madrid, Ediciones Morata, 1964.
13. GOLDFARB, L.A. - Sexual abuse antecedent to anorexia nervosa, bulimia and compulsive overeating: three cases rapport. **Int J Eating Dis** 6: 313-316, 1987.
14. GREEN, A.H. - Child abuse and incest. In: LEWIS, M. ed. - Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Baltimore, Williams and Wilkins, 1991. p. 1019-29.
15. JEHU, D. - Beyond sexual abuse: therapy with women who were childhood victims. Chichester, Wiley Pub, 1988.
16. HAYEZ, J.Y. - Les abus sexuels sur des mineurs d'âge: inceste et abus sexuel extra-familial. **Psychiatrie de l'Enfant** 35 (1): 197-271, 1992.
17. KEMPE, C.H.; SILVERMAN, F.N.; STEELE, B.F. e col. - The battered child syndrome. **J of the American Medical Association** 181: 17-24, 1962.
18. MacMILLAN, H.L.; MacMILLAN, J.H.; OFFORD, D.R.; GRIFFITH, L. & MacMILLAN, A. - Primary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review. Part I. **J Child Psychol Psychiat** 35 (5): 835-876, 1994.
19. MacMILLAN, H.L.; MacMILLAN, J.H.; OFFORD, D.R.; GRIFFITH, L. & MacMILLAN, A. - Primary prevention of child sexual abuse: a critical review. Part II. **J Child Psychol Psychiat** 35(5): 856-857, 1994.
20. PALMER, R.L.; OPPENHEIMER, R.; DIGNON, A. e col. - Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: an extended series. **Brit J Psychiat** 156: 699-703, 1990.
21. SCHECHTER, M.D. & ROBERGE, L. - Sexual exploitation. In: HELFER, R.E. & KEMPE, C.H. eds. Child abuse and neglect: the family and the community. Cambridge, M.A., Ballinger, 127-142, 1976.
22. SERRANO, A.C.; ZUELZER, M.B.; HOWE, D.D. & REPOSA, R.E. - Ecology of abusive and non abusive families. Implications for intervention. **J Amer Acad Child Psychiat** 18 (1): 67-75, 1979.
23. SUMMIT, R. & KRYSO, J. - Sexual abuse of children: a clinical spectrum. **Amer J Orthopsychiat** 48: 237-251, 1978.
24. SZANIECKI, E. - Abuso sexual. **Infanto: Rev Neuropsiq da Inf e Adol** 3 (2): 43-45, 1995.
25. THINES, G. & LEMPEREUR, A. eds. Dictionnaire général des sciences humaines. Paris, Éditions Universitaires, 1975.
26. WALLER, G. - Sexual abuse as a factor in eating disorders. **Brit J Psychiat** 159: 664-671, 1991.
27. WALLER, G. - Sexual abuse and the severity of bulimic symptoms. **Brit J Psychiat** 161: 90-93, 1992.
28. WOLFE, D.A. - Child abuse: implications for child development and psychopathology. London, Sage, 1987.

Endereço para correspondência

Prof. Jorge A. Serrano
Service de Psychiatrie
Cliniques Universitaires St. Luc
Av. Hippocrate 10/2160
1200 Bruxelles