



DIFERENCIAS SEXUALES EN LAS VÍCTIMAS DE ABUSOS

María Dolores CHAS RODRÍGUEZ

María Concepción Mónica DIZ COELLO

Ana Isabel FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

María Reyes RIVERO FERNÁNDEZ

Área temática: Psicología de la Salud

Dirección de contacto: C/ Villa Valencia, nº 25, 2º D. Ourense

Teléfonos: 988 25 11 25 - 610 33 32 16

1. DEFINICIÓN DE ABUSO SEXUAL E INCIDENCIA

A pesar de la alarmante realidad de la frecuencia del abuso sexual infantil, hasta el momento existen grandes dificultades para unificar criterios en relación con su definición; los investigadores difieren en los criterios de edad y del tipo de relaciones que deben ser incluidos dentro de este concepto.

Se entiende por abuso sexual cualquier contacto sexual realizado desde una posición de poder o autoridad hacia la víctima. Tres criterios son los más utilizados: la edad de la víctima y del agresor, las conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima y el tipo de conductas sexuales que tienen lugar entre ambos. Algunos autores exigen 5 años de diferencia entre el agresor y la víctima cuando ésta tenga menos de doce años (Filkenhor, 1979; López, 1994) y 10 años de diferencia cuando ésta supere dicha edad (López, 1994).

Los abusos sexuales deben ser definidos a partir de dos grandes conceptos, el de coerción y el de asimetría tal como afirman López et al. (1995). La coerción (con fuerza física, presión o engaño) debe ser considerado por sí misma criterio suficiente siempre que tenga lugar con una persona menor. La asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común. Por tanto siempre que exista coerción o asimetría de edad entre una persona menor y cualquier otra, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas.

Las conductas abusivas pueden implicar o no contacto físico. El contacto físico incluye toda conducta en la que el agresor toque zonas de claro significado sexual (caricias de pechos o genitales, coito vaginal, anal u oral, masturbación, frotamientos). Otras conductas, aunque no incluyen contacto físico, pueden también tener carácter abusivo, como el exhibicionismo, la petición expresa de realizar actividades sexuales, masturbación delante del niño o niña, proyección de imágenes pornográficas, etc. Según Filkenhor (1988) palpar o acariciar al niño/a encima o debajo de la ropa

es el abuso más extendido, siguiendo en frecuencia el tocamiento de órganos explícitos y en último lugar el sexo oral u anal.

Nosotras, por nuestra parte, hemos realizado un estudio descriptivo, transversal, sobre una población de 295 alumnos/as, estudiantes de la ESO, en la ciudad de Ourense, en el año 2000. El 54.57% es de varones y el 45.42% de mujeres. Los resultados obtenidos, por sexo son los que siguen:

FRECUENCIA DEL ABUSO

	VARONES		MUJERES	
	FRE	%	FRE	%
SI	2	1.24	10	7.50
NO	159	98.76	124	92.50

EL ABUSO SE REALIZÓ...

	VARONES		MUJERES	
	FRE	%	FRE	%
EN CASA	0	---	2	20
CASA AMIGO/A	1	50	1	10
COLEGIO	0	---	2	20
LUGAR DE OCIO	1	50	5	50

LA PERSONA QUE ABUSÓ DE MI ERA...

	VARONES		MUJERES	
	FRE	%	FRE	%
PADRE DE MI SEXO	0	---	0	---
PADRE DE DISTINTO SEXO	0	---	0	---
PROFESOR/A DE MI SEXO	0	---	0	---
PROFESOR/A DE DISTINTO SEXO	0	---	0	---
VECINO/A DE MI SEXO	0	---	1	10
VECINO/A DE DISTINTO SEXO	0	---	2	20
FAMILIAR DE MI SEXO	0	---	1	10
FAMILIAR DE DISTINTO SEXO	0	---	1	10
AMIGO/A DE MI SEXO	0	---	0	---
AMIGO/A DE DISTINTO SEXO	0	---	3	30
UN DESCONOCIDO	2	100	2	20

EL ABUSO OCURRIÓ...

	VARONES		MUJERES	
	FRE	%	FRE	%
UNA VEZ	2	100	5	50
UNA VEZ/SEMANA	0	---	1	10
VARIAS VECES/SEMANA	0	---	4	40
UNA VEZ/MES	0	---	0	---

EL ABUSO CONSISTÍA EN...

	VARONES		MUJERES	
	FRE	%	FRE	%
PENETRACIÓN VAGINAL, ANAL, BUCAL OBJETOS	0	---	0	---
EXPOSICIÓN ÓRGANOS SEXUALES	0	---	0	---
COITO VAGINAL O ANAL	0	---	0	---
TOCAR/ACARICIAR GENITALES	0	---	0	---
TOCAR/ACARICIAR MAMAS	0	---	4	40
CONDUCTAS SEXUALES PERSONAS MISMO SEXO	0	---	0	---
CONTACTO GENITAL ORAL	0	---	0	---
CONTACTO SEXUAL CON ANIMALES	0	---	0	---
PRODUCIR/VER PORNOGRAFÍA	0	---	0	---
PETICIONES SEXUALES	0	---	1	10
FROTAMIENTOS POR ENCIMA DE LA ROPA	0	---	2	20
PETICIONES SEXUALES Y FROTAMIENTOS.	0	---	1	10
PENETRACIÓN CON OBJETOS, TOCAR MAMAS Y CONTACTO CON ANIMALES	0	---	1	10
PENETRACIÓN CON OBJETOS,CONTACTO GENITAL ORAL Y PRONOGRAFÍA	0	---	1	10
TOCAR GENITALES, PETICIONES SEXUALES Y FROTAMIENTOS	1	50	0	---
TOCAR GENITALES Y FROTAMIENTOS	1	50	0	---

EL ABUSO SE MANTUVO...

	VARONES		MUJERES	
	FRE	%	FRE	%
1-2 MESES	2	100	5	50
3-6 MESES	0	---	2	20
4-12 MESES	0	---	1	10
2-3 AÑOS	0	---	0	---
CONTINÚA HOY	0	---	2	20

Estos datos obtenidos podemos contrastarlos con el estudio realizado con una población de 1320 universitarios, de primer y último curso de la Universidad de Vigo, (Campus de Ourense) en 1988 llevado a cabo por Sueiro et al. (1999) que obtuvieron los siguientes resultados:

- De los 1320 universitarios el 70% eran mujeres y el 30% eran hombres. El 8.6% de las mujeres y el 3.1% de los hombres fueron víctimas de abuso sexual. En ambos estudios se constata que son las mujeres quienes más sufren abusos sexuales.
- Con relación a la persona que realizó el abuso, los datos más significativos con respecto a las mujeres sería que el 23.5% correspondía a un vecino de diferente sexo, 21% un amigo de diferente sexo, 21% un desconocido, y referido a los hombres, el 16.7% eran desconocidos .
- Estos datos concuerdan con nuestro estudio, ya que los las mujeres sufrieron en mayor medida abusos por parte de un vecino de diferente sexo, amigo de diferente sexo y familiar de distinto sexo; mientras en los hombres los desconocidos son los que constituyen el porcentaje mayoritario.
- En ambos estudios el porcentaje relativo al número de veces que abusaron corresponde mayoritariamente, tanto en hombres como mujeres, con una vez. En ellos, el porcentaje es de 41.7% y en las mujeres es de 66.7%.
- Lo mismo sucede con respecto a la variable tiempo durante el cual se mantuvo el abuso, hallándose el mayor porcentaje en la categoría de 1-2 meses; obteniéndose un porcentaje del 50% en hombres y 29.6% en mujeres.

2. CARACTERÍSTICAS DE QUIEN AGREDE SEXUALMENTE

El perfil de la persona autora del abuso sexual es de quien tiene al menos 10 años más que el niño/a, con mayor experiencia sexual y con una cierta relación de autoridad respecto a él/ella (profesorado, vecinos/as, padre, madre etc). El consentimiento del niño y de la niña lo consigue mediante juguetes, regalos caprichos , viajes, etc.

La pedofilia (excitación o placer sexual derivadas de actividades o fantasías sexuales repetidas o exclusivas con niños, en general de 8 a 12 años) podemos clasificarla en situacional o preferencial (Howells, 1981).

Se puede hablar de pedofilia situacional, cuando el/la sujeto tiene contactos sexuales aislados con niños/as y estos son reflejos de una situación de soledad o de estrés (conyugal, laboral); estos sujetos perciben este tipo de conductas como anómalas y las ejecutan de forma episódica e impulsiva más que de un modo premeditado y persistente. Sin embargo, la pedofilia preferencial, es aquella protagonizada por sujetos con una orientación sexual dirigida primariamente a niños/as, sin apenas interés por los adultos y con conductas compulsivas no mediatizadas por situaciones de estrés. Es esta última la que se puede considerar como pedofilia y la que resulta más resistente al tratamiento (Lanyon, 1986). Desde una perspectiva cognitiva, los pedófilos preferentes considera sus conductas sexuales apropiadas y las planifican con antelación, en algunos casos puede haber distorsiones cognitivas, como atribuir la conducta a la seducción de los niños/as o considerar que este tipo de conductas son una forma de educación sexual para los/as mismos/as.

Los pedófilos suelen ser hombres, casados, de mediana edad, con rasgos marcados de neuroticismo e introversión son habitualmente familiares y/o conocidos de la familia, con un acceso al niño y a la niña fácil y con quien mantienen una relación de confianza anterior al incidente sexual, siendo muy raro que el abusador sexual sea un completo desconocido para la víctima.

Los pedófilos son personas con apariencia normal, de estilo convencional, de inteligencia media y no psicóticos, mostrando, en algunos casos, una fobia al sexo, en relaciones con mujeres e incluso aversión a las características sexuales secundarias de las mujeres adultas, como el desarrollo de los senos, el vello en el pubis; en los niños al no existir condiciones completas de virilidad permiten al pedófilo un tipo de acto sexual pobre e incompleto. Estos elementos le autoafirman en una hipersexualidad que es primaria y regresiva.

Autores como Filkenhor (1986), proponen cuatro posibles explicaciones que llevan a un adulto a cometer abusos sexuales con menores:

1. Congruencia emocional. Los agresores escogen como víctimas a los niños/as porque éstos tienen, para ellos un gran significado emocional y determinadas necesidades emocionales de estos adultos se satisfacen en contacto con los niños; estas necesidades podrían tener origen en la inmadurez emocional, la baja autoestima, traumas infantiles. Desde el punto de vista cultural, uno de los valores asociados al varón es el ser dominante, poderoso y el ofensor lo puede conseguir con más facilidad en la relación con los niños/as.

2. Otros autores creen que el origen de los abusos se debe a que algunos adultos se excitan sexualmente más con los niños. El factor que tiene más peso es el hecho de haber sido objeto de abusos sexuales en la infancia, pues pueden aprender que esta actividad resulta placentera a algunos adultos y tienden a repetirla. Este aprendizaje se puede hacer a través de la observación de modelos que obtienen satisfacción en estas conductas o por atribuciones erróneas a los niños, por ejemplo la creencia de que los niños desean esta relación.

3. Otros autores creen explicar estas conductas atribuyéndolas a dificultades para relacionarse con otros adultos, esto estaría explicado por falta de Habilidades Sociales (HHSS), dificultad para abordar mujeres adultas, inadecuada elaboración del complejo edípico, etc.

4. Otra explicación de los abusos sexuales sería por la falta de control de algunos adultos (desinhibición). La impulsividad, el abuso del alcohol, la supresión del tabú del incesto son los factores explicativos .

3.CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS DE ABUSOS SEXUALES.

Al referirnos a las características de las víctimas de abusos sexuales hacemos hincapié en aquellos factores de riesgo que lo hacen más probable. Si bien quienes participan de estos factores de riesgo no están condenados a sufrir abusos, tampoco el resto de los niños está a salvo de que esto ocurra.

1. Ser mujer es uno de los factores más probable de ser víctima de abusos sexuales. Los estudios varían en probabilidad asignada a chicas y chicos si bien todos ellos conceden mayor probabilidad a las mujeres, lo mismo que ocurre en los estudios realizados en nuestra ciudad y que ya hemos mencionado.

2. La edad de mayor riesgo son las del inicio de la pubertad, entre los 10 y 12 años es el período en el que ocurren más del doble de casos de abusos sexuales.

3. Condiciones que favorezcan el uso de la violencia como son: la pobreza, el bajo nivel cultural, el abuso del alcohol, están asociadas con mayor riesgo de sufrir abusos sexuales.

4. El aislamiento social, la ausencia de amigos/as y compañeros/as de la misma edad, están asociados con las conductas abusivas, no obstante, también puede ser una consecuencia de ellas, ya que los/as niñas/os se sienten estigmatizados/as y tienden a aislarse de los/as demás.

5. Determinadas situaciones familiares como la ausencia de padres biológicos, conflictos entre los padres, relaciones pobres con los padres, son factores de riesgo que aumentan las posibilidades de sufrir abusos sexuales.

Todas estas situaciones hacen que los/as niños/as sean más vulnerables, porque están menos vigilados, más sujetos a posibles engaños y en mayor grado de dependencia de personas que tienen menos razones para inhibir sus pulsiones sexuales.

Actualmente, hay un creciente interés por el esclarecimiento de los diferentes signos de sospechas de este tipo de conductas que pueden facilitar su detección. Estos indicadores deben valorarse de forma global, siendo necesario detectar varios indicadores a la hora de valorar la existencia del abuso sexual (Soria y Hernández, 1994).

1. Indicadores físicos: dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.
2. Indicadores comportamentales: pérdida de apetito, llantos frecuentes en referencia a situaciones afectivas o eróticas, miedo a estar sola o a un determinado miembro de la familia, rechazo al padre o a la madre de forma repentina, resistencia a desnudarse y a bañarse, aislamiento y rechazo de las relaciones sociales, problemas escolares o rechazo a la escuela, fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama), tendencia al secretismo, agresividad, fugas o acciones delictivas.
3. Indicadores en la esfera sexual: rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico, conducta seductora, conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad, interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos.

4. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL ABUSO.

El alcance de las consecuencias va a depender del grado de culpabilización y de la victimización del/a niño/a por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. Podemos categorizarlas en:

-A corto plazo: entre el 60 y 80% de las víctimas se ven afectadas de manera clara, el 30% de manera menos clara y entre el 17% y el 40% sufren patologías clínicas, según López et al. (1994).

Las manifestaciones sintomatológicas más frecuentes de abuso sexual, según Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) son:

1. La conducta sexualizada manifestada en forma de juegos sexualizados con muñecas, colocar objetos en el ano o en la vagina, masturbación pública y/o excesiva, conducta seductora, conocimientos sexuales inapropiados para su edad.
2. Trastorno por estrés postraumático que se manifiesta por imágenes intrusivas, pesadillas.
3. Ansiedad
4. Depresión
5. Retraimiento
6. Quejas somáticas
7. Agresión
8. Problemas escolares
9. Problemas de conducta
10. Conducta autodestructiva

- A largo plazo: aunque hay múltiples variables que intervienen y los efectos son menos claros afectan al 20% de quienes sufren los abusos. Los principales efectos negativos en la vida adulta de estas personas que fueron víctimas en la infancia o en la adolescencia serían, según Sanderson (1995):

1. Efectos emocionales: la depresión, sentimientos de inferioridad y de inutilidad característicos de una baja autoestima y de sentimientos de culpabilidad, así como de intensos sentimientos de rabia y de ira, ansiedad e incluso trastornos obsesivo-compulsivos.
2. Efectos interpersonales: aislamiento, estigmatización y sentirse diferentes, miedo a la intimidad, evitación de contactos personales, revictimización.
3. Efectos conductuales: suicidio o intento de suicidio, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias.
4. Efectos cognitivos/perceptuales: negación de la experiencia, de su importancia o significado, despersonalización, amnesia psicogénica, personalidad múltiple.
5. Efectos sexuales: insatisfacción sexual y/o disfunciones sexuales, dificultad para diferenciar sexo de afecto, promiscuidad, fobias, orgasmo disminuido, vaginismo, hipersexualización, embarazos no deseados, E.T.S.
6. Efectos físicos: dolores psicósomáticos, alteraciones del sueño.

5. INTERVENCIÓN EN LOS AGRESORES SEXUALES

El principal problema en el tratamiento de los ofensores sexuales es la escasa motivación para el cambio de la conducta y en consecuencia para la terapia. Los programas de intervención deben referirse tanto a la supresión de las conductas sexuales ofensivas como a la instauración de impulsos eróticos “normales”. En la sexualidad desviada conviene analizar tres aspectos, la excitación sexual en sí misma, las habilidades sociales del sujeto y la identidad sexual del mismo (Carrobbles y Santa Creu, 1985). Por ello, debemos centrarnos en los siguientes puntos:

1. Supresión o reducción de los impulsos sexuales ofensivos mediante:
 - técnicas aversivas, se asocian repetidamente fantasías y conductas sexuales de erección y/o acercamiento suscitadas por estímulos inadecuados (niños, personas sin su consentimiento) a una estimulación aversiva. Los estímulos aversivos utilizados pueden ser de dos tipos:
 1. Aversión “de vergüenza”: consiste en hacer que el paciente lleve a cabo la conducta sexual indeseada, delante de los miembros del equipo terapéutico, la vergüenza o humillación experimentada puede actuar como un estímulo punitivo para el sujeto.
 2. Sensibilización encubierta: consiste en la asociación de imágenes de conductas sexuales inadecuadas con estímulos punitivos imaginados que pueden ser físicos o simbólicos.
 - fármacos antiandrógenos como el acetato de medroxiprogesterona (Progeva) o el acetato de ciproterona (Androcur) que bloquean la síntesis de testosterona y reducen el impulso sexual y las fantasías del sujeto cuando se encuentran patológicamente exaltados (Bradford, 1990). Estos fármacos sólo son adecuados cuando los sujetos son víctimas de una activación sexual elevada, cuando usan la violencia en las ofensas sexuales y cuando no están aquejados de ningún trastorno de personalidad, ni consumen drogas ni alcohol.

La actuación de los fármacos puede reducir el deseo sexual al comienzo del tratamiento y facilitar el establecimiento de un programa psicológico, al tiempo que constituye una protección social. No obstante, la prevención de la recaída a largo plazo requiere la actuación sobre otros tres frentes: el aumento de la excitación heterosexual adecuada y el desarrollo de habilidades sociales satisfactorias para relacionarse con personas adultas del otro sexo, así como intervención terapéutica sobre situaciones conflictivas al margen del sexo (soledad, estrés, depresión) que podrían precipitar la recaída.

2. Aumento de la excitación heterosexual adecuada, la técnica más utilizada es el recondicionamiento masturbatorio que puede realizarse mediante el recondicionamiento orgásmico (se trata de asociar la eyaculación masturbatoria a fantasías, imágenes o conductas heterosexuales adecuadas) y de la saciación de la masturbación (el paciente una vez que ha conseguido el orgasmo, debe seguir masturbándose durante 30 minutos mientras imagina o verbaliza en voz alta el componente más excitante de la imagen desviada, se trata de asociar las fantasías desviadas a una mínima activación y a una situación de malestar y aburrimiento).

3. Desarrollo de habilidades sociales heterosexuales adecuadas y entrenamiento en solución de problemas; los déficits en las relaciones interpersonales junto con aprendizajes tempranos en la infancia y adolescencia, facilitan la adopción de ciertas ofensas sexuales, que reflejan una autoestima erótica deficiente por parte del sujeto y una incapacidad para establecer relaciones afectivas y eróticas normales con personas de otro sexo. La supresión del impulso erótico anómalo y la generación de una atracción sexual normal no garantizan unas relaciones “normales” satisfactorias.

El entrenamiento en solución de problemas y la terapia de habilidades sociales, se lleva a cabo de forma grupal, tiene por objeto adquirir medios efectivos para enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana: control de la ira,..el procedimiento utilizado es el análisis adecuado de dichos problemas, la generación de diversas soluciones posibles, el análisis de ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y por último la toma de decisiones.

4. Modificación de las conductas inapropiadas respecto al rol sexual asumido por el paciente. El paciente puede haber adquirido mediante un aprendizaje temprano comportamientos que culturalmente se consideran inapropiados para el sexo de pertenencia, como es el caso de una conducta observable extremadamente afeminada; en estas circunstancias pueden ser rechazados por personas del sexo opuesto y buscar una salida a su impulso sexual en la homosexualidad, pero también en formas de sexualidad parafílica como la pedofilia. Las técnicas más utilizadas son el modelado de conductas asociadas al rol masculino, los ensayos de conducta y la modificación de fantasías e inhibiciones.

6. INTERVENCIÓN SOBRE LAS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL

El primer objetivo de cualquier programa de tratamiento del abuso sexual en la infancia es el proporcionar seguridad a la víctima y evitar la concurrencia de futuros nuevos abusos (Brenner, 1987). En este sentido es necesario actuar tanto con la víctima y sus cuidadores como con el agresor.

La intervención terapéutica con las víctimas no es siempre necesaria ni conveniente, no todas las víctimas de abuso sexual manifiestan síntomas psicopatológicos y por tanto no todas ellas requieren tratamiento. En ocasiones, la edad temprana de la víctima, las características individua-

les, el apoyo de la familia o social protegen al niño/a del impacto del abuso. Por ello, es imprescindible una adecuada valoración de la existencia de secuelas derivadas de la experiencia abusiva y de su repercusión en la vida cotidiana antes de plantearse la necesidad de intervenir. El hecho de estabilizar las actividades cotidianas del/a niño/a y de dotar a sus cuidadores de las habilidades adecuadas para reducir el impacto de factores de estrés derivados de la revelación, asegura, la recuperación del menor. Sin embargo, es frecuente la necesidad de intervenir y ,entonces, lo mejor es actuar con la víctima y la familia al mismo tiempo, para potenciar la capacidad de la familia para apoyar al/a niño/a.

En relación con el primer objetivo terapéutico, Vázquez (1995) propone proporcionar seguridad a la víctima y evitar la ocurrencia de futuros nuevos casos. Para lograrlo, se incluye una fase educativa-informativa, orientada a la prevención de nuevos abusos. Se trata de una actuación puramente pedagógica en la cual el/a niño/a debe comprender su propia sexualidad y la del adulto de una forma eficaz, objetiva y adaptada a su nivel de edad. Es clave enseñarle a distinguir el acercamiento de un adulto con intencionalidad sexual y a identificar determinadas situaciones peligrosas asociadas al abuso, así como poner en práctica las estrategias adecuadas para evitarlas.

En relación con el segundo objetivo el/a niño/a debe describir su experiencia de abuso y los sentimientos derivados de ésta (aislamiento). El recuerdo de la experiencia tiene como objeto eliminar estrategias de afrontamiento inadecuadas (negación de la experiencia, disociación) que el niño haya puesto en marcha ante la imposibilidad de asimilar lo sucedido.

El objetivo último es facilitar que el digiera adecuadamente el atracón emocional que ha experimentado y que es responsable de los síntomas existentes.

Aunque el tratamiento debe incluir un proceso que permita describir y aceptar los sentimientos relativos al abuso, no se debe limitar a sus reacciones emocionales y a la expresión de las mismas, es necesario el empleo de técnicas que permitan cambiar las respuestas cognitivas, afectivas, sexuales y conductuales.

- Las respuestas cognitivas que es preciso modificar, hacen referencia a:

1. Los sentimientos de culpa, que pueden derivarse de haber disfrutado ocasionalmente, haber desorganizado a la familia al revelar el secreto, haber aceptado el abuso... Para eliminar la culpabilización se utilizan técnicas cognitivas, en las que el terapeuta debe enfatizar la escasa protección del/a niño/a frente al adulto, insistiendo en que la responsabilidad única de lo ocurrido es del agresor; en ocasiones puede que sea conveniente explicar a la víctima el por qué adultos desean tener relaciones sexuales con niños/as (Cantón, 1997).
2. La desconfianza, para hacer frente , el primer paso a seguir consiste en conseguir que la víctima aprenda a discriminar en quien puede confiar sin realizar generalizaciones erróneas. Se le debe animar a iniciar relaciones con personas significativas de su entorno con objeto de recuperar su confianza en los demás y su autoconcepto (entrenamiento en HHSS).
3. Para trabajar el autoconcepto negativo, derivado de los sentimientos de estigmatización y de indefensión, el terapeuta debe tratar de favorecer su imagen personal positiva y no estigmatizada (realización de ejercicio físico , cuidado personal, actividades recreativas) que no sólo ayudan a reconocer el propio cuerpo sino estimulan el sentido de responsabilidad y control (Mas, 1995).

- Las respuestas afectivas hacen mención a las reacciones de miedo, ansiedad, ira, tristeza. Los miedos pueden estar relacionados con el acto de acostarse, ya que va acompañado de recuerdos sobre el abuso, especialmente si tuvo lugar en su cama o en su habitación y con el miedo a la oscuridad; por tanto se debe generar un ambiente de seguridad, retirando detalles que generen ansiedad, proporcionar objetos que le ayuden a ejercer control sobre el ambiente, instaurar un ritual tranquilizador a la hora de acostarse, proporcionar una serie de conductas incompatibles con la ansiedad como ejercicios de relajación, entrenar a los padres a reconocer conductas de miedo inadecuadas y a reforzar pautas de actuación adecuadas en el/a niño/a en el manejo de la ansiedad.

- Respuestas sexuales, es necesario intervenir proporcionando información sexual adecuada a su edad, modificando actitudes negativas e ideas distorsionadas sobre la sexualidad que pueden afectar negativamente al desarrollo de la comunicación y de la afectividad. Por ello, la educación sexual debe abarcar información básica de anatomía, de enfermedades de transmisión sexual o de homosexualidad siendo éste un tema que merece especial atención en quienes han sido víctimas de abuso por adultos del mismo sexo. En este caso, ha de aclararse que el hecho de haber experimentado placer no denota una orientación homosexual (Cantón, 1997).

- Y, por lo que hace referencia a las respuestas conductuales, hay que destacar especialmente la agresión o el comportamiento antisocial y el aislamiento. Un déficit frecuente es la carencia de habilidades asertivas apropiadas, así, mientras unos/as tienden a realizar intimidades con sus iguales, otros, tienden a ser agresivos (Cantón, 1997). Por ello, el tratamiento de las disfunciones interpersonales requiere la inclusión del entrenamiento en asertividad y HHSS.

Otra forma de trabajar con las víctimas es mediante la terapia de grupo, que se considera eficaz tras haber realizado una serie de sesiones individuales con la víctima y cuando se acompaña de la intervención con la familia. Las ventajas de trabajar en grupo, según Vázquez (1995) y Cantón (1997), serían: el grupo permite contrarrestar el aislamiento, destruye los sentimientos de estigmatización, culpabilidad y baja autoestima, favorece las relaciones con otros/as niños/as y un apoyo emocional estable.

El grupo constituye el contexto educativo adecuado para la prevención de futuros abusos, para la información entorno a la sexualidad y para el descubrimiento de soluciones alternativas a sus problemas. En cuanto al formato, Furniss (1991) recomienda grupos cerrados de entre 5 y 8 niños/as homogéneos/as entre edad, nivel cognitivo y emocional; los grupos mixtos también han demostrado gran eficacia.

La intervención en la familia está justificada por tres motivos: pueden manifestar reacciones emocionales adversas, querer retirar al niño/a del tratamiento y para facilitar la generalización de los efectos del tratamiento (Cantón, 1997). Los objetivos serían: proporcionar apoyo psicológico a los familiares y enseñar a los padres estrategias para el control de las conductas del niño/a. Una vez descubierto el abuso, son frecuentes las dudas de la madre ante las afirmaciones realizadas por el/la niño/a y sus sentimientos ambivalentes hacia el agresor, síntomas de ansiedad o depresión. Las estrategias conductuales más adecuadas son : asesoramiento psicoeducativo a los familiares sobre las consecuencias del abuso, reestructuración cognitiva de ideas y atribuciones erróneas que están en la base de dudas respecto al/a niño/a y a su declaración, así como el proporcionarle el apoyo necesario en el futuro, el entrenamiento en solución de problemas y la enseñanza del método de la relajación progresiva.

Vázquez (1995), por su parte, señala otros dos aspectos adicionales a tener en cuenta en la terapia con la familia: la posible negación del problema por parte del abusador como de la familia (es

la base de un profundo sentimiento de culpa por haber fallado en la protección del/a niño/a, la preocupación por el futuro desarrollo emocional del/a menor), así como las relaciones entre quien abusa y las personas significativas para el/a niño/a.

7. BIBLIOGRAFÍA:

BEATEN, B. (1997) *Abusos sexuales en los niños*. Barcelona: Herder.

CANTÓN, J. D. y CORTÉS, M. R. A. (1997) *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI

CANTÓN, J. y CORTÉS, M. R. (2000) *Guía para la evaluación del abuso sexual infantil*. Madrid: Pirámide.

ECHEBURÚA, E., FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y SALABERRÍA, K. (1994) Tratamiento psicológico de los ofensores sexuales: posibilidades y límites. *Psicología Conductual*, 3, 47-66.

LAMEIRAS, M. (1997) *Sexualidad y Salud. La transmisión del VIH y las agresiones sexuales*. Santiago: Tórculo Edicions.

LÓPEZ, F. y ARNAEZ, Mª M. (1989) Los abusos sexuales a menores. *C. Med.Psicosom. Sex*, 10 : 6-15.

LÓPEZ, F. y FUERTES, A. (1990) *Para comprender la sexualidad: Sexualidad y violencia*. Navarra: Editorial V.D.

LÓPEZ, F. y OTROS (1994) *Memoria sobre protección de menores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

LÓPEZ, F. (1995) *Prevención de los abusos sexuales de menores y Educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones.

LÓPEZ, F.; HERNÁNDEZ, A. y CARPINTERO, E. (1995) Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. *Infancia y Aprendizaje*. 71: 77-98.

MAS, B. (1995) Trastorno por estrés postraumático: el abuso sexual infantil y su tratamiento. En J. M. Buceta y A.M. Bueno (eds.). *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dickinson. pp. 389-419.

ORTS, E. (1995) *Delitos contra la libertad sexual*. Valencia: Tirant lo blanch.

PÉREZ, M. y BORRÁS, J. J. (1996) *Sexo a la fuerza*. Madrid: Aguilar.

PERRONE, R y NANNINI, M. (1998) *Violencia y Abuso sexual en la familia*. Barcelona: Paidós

REDONDO, S. (1994) Perfil psicológico de los delincuentes sexuales. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide. pp. 95-108.

ROIG, E. (1994) *La libertad violada. Las agresiones sexuales, sus víctimas y su entorno*. Madrid: Consejería de Presidencia. Dirección General de la Mujer.

SORIA, M.A. y HERNÁNDEZ, J.A. (1994) *El Agresor y su víctima*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria.

- SOSA, C.D. y CAPAFÓNS, J. I. (1996) Abuso sexual en niños y adolescentes. En J. Buendía (ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide, pp. 77-99.
- SUEIRO, E. (1997) Abuso sexual y su prevención. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación. 1*, 63-75.
- SUEIRO, E. ; DIEGUEZ, J. L. y LÓPEZ, F. (1999) Sexual Aggression. *14th World Congress of Sexology*. Hong Kong: World Association for Sexology.
- TOGUERI, M. (1998) *La violencia contra las niñas : El abuso sexual*. Madrid: Roelma, S.L.L.
- TORRES, B. (1997) Prevención y Tratamiento de los abusos sexuales infantiles. En J. Gómez Zapiain (ed.). *Avances en sexología*. Guipuzcoa: Servicio editorial Universidad del País Vasco. pp. 207-232.
- VÁZQUEZ, B. (1995) *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI.