

FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

RISK FACTORS AND CONSEQUENCES OF CHILD SEXUAL ABUSE

FACTORES DE RIESGO

“Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido” (Fernández, Alonso y Montero, 1997, p. 1). La detección de un factor de riesgo es muy útil para asumir medidas preventivas. Si existen evidencias de que un factor se asocia con una determinada enfermedad o problema, la eliminación de este factor puede reducir el riesgo de que el problema ocurra.

En cuanto al ASI, hay algunos factores de riesgo a nivel individual, familiar y social. Los factores individuales son los que comprometen la personalidad, la salud física, el género y las relaciones interpersonales. A nivel familiar, los factores de riesgo hacen referencia a situaciones de los miembros de una familia, circunstancias como la salud física o mental o las relaciones entre ellos. A nivel social, se hace referencia a ciertas actitudes o creencias que favorecen el ASI.

Si bien el programa que se propone en este libro es un modelo basado en la prevención primaria, es decir, aquella que se dirige a la población en general y no a los grupos vulnerables, resulta importante conocer cuáles son los factores que hacen más vulnerable a un niño para ser víctima de ASI y también cuáles son algunos asociados con el abusador sexual. Se sabe que algunos niños son más vulnerables al ASI que otros y esto se debe a la existencia de factores de riesgo (Davies y Jones, 2013; Fleming, Mullen y Bammer, 1997; Putnam, 2003). En este libro, se hablará de dos categorías de factores de riesgo en los niños: individuales y familiares. En cuanto a los factores de riesgo asociado a los abusadores, se analizarán también los factores familiares e individuales. Respecto a las consecuencias, se analizarán las categorías de consecuencias a corto y a largo plazo.

Factores de riesgo individuales en los niños

En la década de los noventa, el estudio de Fleming et al. (1997) ya había demostrado cómo la historia de maltrato físico y el aislamiento social son los factores de riesgo que mayor relación tienen con futuros casos de ASI. Un niño que crece solo, que no se siente querido por su familia, sin amigos, ni confidentes, es mucho más vulnerable a la seducción de un agresor que aquel que se siente parte de una familia y está querido y protegido por esta (Davies y Jones, 2013; Fleming et al., 1997; Finkelhor, 1984; Putnam, 2003).

El agresor, como ya se explicó en el capítulo 1, seduce a la víctima y le ofrece apoyo, cariño y compañía, factores que muchos niños añoran. Estas conductas del abusador generan una confusión en el niño, puesto que él experimenta ambivalencia en sus sentimientos: agradece y añora la compañía, pero rechaza el ASI. El maltrato físico está relacionado con este factor de negligencia afectiva (Boney-McCuy & Finkelhor, 1995), lo cual implica que los niños que han sido maltratados físicamente son vulnerables al ASI. De otro lado, variables demográficas como la edad se han asociado a la vulnerabilidad de ASI. Se sabe que los menores de 12 años son más vulnerables al ASI que los mayores (Black, Heyman y Smith, 2001). También, el género constituye un factor de vulnerabilidad y las niñas son las víctimas más frecuentes (Davies y Jones, 2013; Boney-McCuy y Finkelhor, 1995; Putnam, 2003).

Factores familiares

El factor emocional y afectivo juega un papel fundamental para crear vulnerabilidad ante el ASI. La familia es un núcleo afectivo muy importante y se ha podido comprobar que los abandonos o las carencias a este nivel son un factor de alta vulnerabilidad para el ASI (Davies y Jones, 2013; Fleming et al., 1997). Los estudios han demostrado cómo la escasa relación entre el niño y su madre, la muerte temprana de ella, la falta de interés y atención por los problemas de los niños, la enfermedad de la madre o la separación física de ella son factores de alta vulnerabilidad para el ASI (Finkelhor, 1984). La figura de la madre constituye un elemento de alta protección para los niños y, a su vez, su ausencia física o afectiva constituye un factor de riesgo. La enfermedad mental de la madre, especialmente la sociopatía, la depresión y la irritabilidad, entre otros problemas mentales, son factores de riesgo para el ASI (Brown, Cohen, Johnson y Salzinger, 1998).

De otro lado, la presencia de un padre no biológico, las familias reconstituidas o la monoparentalidad son elementos que propician el ASI (Brown et al., 1998; Finkelhor et al., 1990; Mullen et al., 1996). Russell (1984) considera que las niñas con padrastro tienen siete veces más probabilidades de sufrir abuso que aquellas que tienen su

propio padre biológico. Se sabe que el 17 % de los casos de incesto ha sido cometido por el padrastro, comparado con el 2,3 % cuyo perpetrador es el padre biológico (Finkelhor et al., 1986). Igualmente, las niñas que ocupan el rol de hermanas mayores en una familia y que además deben asumir el papel de madres de sus hermanos suelen ser más vulnerables al abuso del padre; sin embargo, la mayoría de las niñas de una misma familia suele ser víctima del mismo abusador.

Factores de vulnerabilidad en los agresores sexuales

El desarrollo emocional del niño, su condición de víctima de maltrato físico y abuso sexual, problemas de conducta, aislamiento social y disfunciones familiares son factores de riesgo que predisponen el interés sexual por los niños (Grattagliano et al., 2015; Grady, Levenson, y Bolder, 2016). El metaanálisis de Whitaker et al. (2008) muestra una revisión muy completa de los factores de riesgo para convertirse en agresores sexuales. Basados en este estudio, se ha podido comprobar que los agresores sexuales provienen de historias de abusos físicos y sexuales muy frecuentes. En un estudio desarrollado por Bailey, Bernhard y Hsu (2016), con 1102 hombres con preferencia sexual hacia los niños, se pudo determinar que un porcentaje elevado (75,6 %) de los entrevistados por los investigadores no había tenido experiencias abusivas.

Ahora bien, el 24,4 % de los hombres entrevistados que tuvieron alguna experiencia de abuso sexual antes de los 15 años había abusado de niños en una proporción mayor que aquellos que, sin tener historia de abuso, tenían preferencia sexual por los niños. También tuvieron un funcionamiento familiar carente de vínculos afectivos importantes, una crianza ruda, y padres muy autoritarios e inestables. En cuanto a sus características individuales, se destaca el alto consumo de sustancias psicoactivas (drogas-alcohol). Algunas personalidades inmaduras e infantiles pueden estar asociadas a los agresores sexuales, al igual que la carencia de habilidades sociales, la baja autoestima y el *locus* de control externo (atribución a los demás o a las circunstancias externas de los fracasos propios). También se ha encontrado una relación entre enfermedades mentales como depresión, paranoia, somatización y desórdenes de personalidad, así como problemas sociales tales como extrema soledad, incapacidad para experimentar empatía hacia otros e incapacidad para establecer vínculos cercanos con otros adultos.

Otra característica de los agresores sexuales de niños se relaciona estrechamente con su pensamiento. Las creencias erróneas y la minimización del dolor del niño son rasgos del pensamiento de estos agresores. De este modo, es posible encontrar que ellos justifican el abuso sexual porque consideran que los niños disfrutaban el acto sexual de la misma manera que ellos o que incluso los niños son los culpables de estos actos, principalmente, porque seducen a los adultos (Davids, Londt y Wilson, 2015).

Es evidente que tanto en los niños que pueden ser víctimas de ASI como en los posibles agresores la historia familiar juega un papel fundamental. La soledad, la falta de vínculos afectivos, las agresiones y el abuso físico o sexual son factores de riesgo para el ASI.

CONSECUENCIAS EN LOS NIÑOS

El balance de una experiencia de ASI suele ser siempre negativo si se tiene en cuenta que el común denominador de las secuelas del ASI es la pérdida. El niño pierde algo tan valioso como su infancia, un tiempo irrecuperable, una etapa fundamental en el desarrollo humano. Volverse adulto a temprana edad implica perder la capacidad de ser niño, de ver la vida como niño y de vivir como niño. Las consecuencias que deja el ASI, si bien no son iguales en todas las víctimas, nunca son positivas.

Las víctimas de ASI pierden confianza, tranquilidad, contacto social y ganan enfermedades físicas y mentales. Algunas de estas secuelas aparecen a corto plazo y otras tardan un poco más y solo se manifiestan en la adolescencia o en la adultez. Por esta razón, una forma de clasificar las consecuencias es utilizando un parámetro temporal: a corto y a largo plazo.

Consecuencias a corto plazo

Las consecuencias a corto plazo han sido definidas como pérdidas por Murthi y Espelage (2005). En primer lugar la pérdida de la infancia, porque el niño crece muy rápido, la pérdida del optimismo que lleva a los niños a mirar la vida de forma pesimista y la pérdida de la autoestima cuya mirada se ubica en una percepción negativa del yo.

Es posible que las víctimas de ASI se embarquen en edades muy tempranas, o adquieran enfermedades de transmisión sexual, infecciones, desgarres y problemas relacionados con penetraciones violentas. Son frecuentes las quejas somáticas, la automutilación y los trastornos de alimentación como la anorexia y la bulimia.

A nivel del comportamiento, es frecuente encontrar problemas de agresión, conductas antisociales y fugas frecuentes de la casa y el colegio (Calam et al., 1998). También, aparecen síntomas de depresión, estrés pos traumático, desórdenes de personalidad y abuso de sustancias psicoactivas (Murthi y Espelage, 2005; Plaza, Beraud y Valenzuela, 2014). Un sentimiento muy frecuente entre las víctimas de ASI es la culpa. Las víctimas de ASI se sienten culpables de su propia victimización. Desde el punto de vista social se presentan aislamiento social y sentimientos de vergüenza (Kim, Talbot y Cicchetti, 2009).

Según Lameiras (2002), a lo largo del ciclo vital la sintomatología del ASI se traslada a manifestaciones típicas de cada etapa evolutiva. Por ejemplo, en la infancia

predominan los problemas somáticos como enuresis y encopresis, y también se pueden manifestar conductas sexualizadas como masturbación frecuente en público. En la edad escolar, además de estos síntomas que pueden persistir, se presentan problemas de agresión y conducta. Por su parte, los adolescentes abusados sexualmente pueden presentar trastornos alimenticios, conductas suicidas y consumo de droga, además de conductas sexuales promiscuas (Cantón-Cortés y Cortés, 2015).

Consecuencias a largo plazo

Estudios longitudinales han permitido comprobar cómo las consecuencias del abuso sexual no se detienen a corto plazo. Desde luego, no todas las personas experimentan las mismas consecuencias ni a corto, ni a largo plazo, pero existen variables como la relación con el agresor, la cronicidad del abuso y el tipo de abuso que pueden agravar estas consecuencias (Murthi y Espelage, 2005).

Una forma de clasificar las consecuencias del ASI puede ser por su carácter físico, emocional o relacional. Las consecuencias a nivel físico, como lo plantea Pereda (2010), se relacionan con dolores físicos que no tienen causas médicas y que se relacionan con trastornos de somatización. Este mismo autor plantea en su metaanálisis que las mujeres víctimas de abuso sexual suelen presentar una menopausia temprana, problemas cardiovasculares y dolores pélvicos crónicos, además de trastornos de la alimentación como obesidad, bulimia y anorexia. Las víctimas de ASI suelen ser vulnerables a sufrir otros abusos, accidentes y enfermedades (Swanston et al., 2003).

De otro lado, se han encontrado relacionados trastornos del sueño y adicciones al alcohol, las drogas y el tabaco (Chesney-Lind y Shelden, 2004; Jhonson et al., 2006). Así mismo, estudios recientes han mostrado una estrecha relación entre la criminalidad y las experiencias tempranas de ASI (Ghen y Gueta, 2016). Con respecto a las conductas sexuales, es posible encontrar promiscuidad, relaciones sin protección y riesgos de VIH (Pereda, 2010). También, el abuso sexual se ha relacionado con la revictimización tanto a nivel del maltrato físico como de abuso sexual. Es factible encontrar mujeres con historia de ASI que, con frecuencia, son víctimas de agresiones sexuales. En este sentido, la relación entre ASI y conflictos en las relaciones familiares, de pareja y con los hijos es frecuente. Las víctimas de ASI pueden ser revictimizadas en relaciones violentas o pueden convertirse en maltratantes. Los niveles de ansiedad en esta población son más elevados que en las poblaciones sin historia de ASI, lo cual es un factor de riesgo para el maltrato infantil. La desesperanza y la actitud negativa también acompañan a lo largo de su vida a los sobrevivientes del ASI (DiLillo, 2001; Liang, Williams y Siegel, 2006).

Estudios longitudinales muestran la estrecha relación entre la historia de ASI y los problemas en las relaciones de pareja en el noviazgo (Feiring, Simon & McClelland, 2009). Uno de estos muestra cómo niñas que fueron víctimas de ASI a los 8-15 años en

un seguimiento de 1-6 años mostraban síntomas de estigmatización (baja autoestima) y de internalización —como la depresión— que se asociaban con problemas en sus relaciones de noviazgo a nivel de agresiones físicas y problemas sexuales. Los síntomas de estigmatización mostraban una fuerte relación con los problemas sexuales en las relaciones de noviazgo. Cantón-Cortés (2013) considera que no todos los síntomas se manifiestan durante la niñez en los casos de ASI. De hecho, puede haber síntomas dormidos que despiertan ante un evento traumático, como una revictimización. Quizá el síntoma más característico del ASI en la población de mujeres adultas víctimas de ASI en la infancia es la depresión (Guerricaechevarría & Echeburúa, 2005).

De otra parte, los problemas relacionados con la maternidad también se han asociado a una historia de ASI. En primer lugar, las mujeres con historia de ASI tienen hijos a edades más tempranas (Swanston et al., 2003). Con un promedio de 19 años, las jóvenes con historia de ASI ya tienen uno o más niños. Estos datos coinciden con los resultados de otros estudios en los que se ha comprobado que el ASI es un factor de riesgo para el embarazo adolescente, la promiscuidad, y la distorsión en temas de sexualidad e intimidad (Francisco et al., 2008). El embarazo adolescente, el consumo de sustancias psicoactivas, los síntomas depresivos son, a su vez, factores de riesgo para el maltrato infantil (Libby et al., 2008), pero hay evidencias que soportan la existencia de variables que moderan los efectos del ASI o que los agravan (Murthi y Espelage, 2005). En este sentido, se ha podido comprobar que el apoyo social y familiar constituye un elemento moderador muy importante para reducir los efectos del abuso (Libby et al., 2008).

CONCLUSIONES

Los efectos del ASI a corto y a largo plazo involucran problemas a nivel físico, emocional, comportamental y social. Las iniciativas para prevenir el ASI deben encaminarse a evitar estas consecuencias que afectan gravemente la vida de los niños. El conocimiento de los factores de riesgo asociados a este problema permite enfocar las intervenciones en poblaciones más vulnerables. De igual manera, las investigaciones muestran cómo las intervenciones tempranas y, especialmente, el apoyo social, son elementos fundamentales para evitar la perpetuación del ASI y de otros tipos de maltrato infantil. Un factor fundamental a tener en cuenta para prevenir el ASI y detectar poblaciones vulnerables es la detección temprana de niños con carencias afectivas, problemas de relacionamiento social y aislamiento.