

# **ABUSOS SEXUALES A MENORES: ESTADO DE LA CUESTIÓN A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL**

## **Autores:**

**María Lameiras Fernández<sup>1\*</sup>**

**María Victoria Carrera Fernández<sup>2</sup>**

**José María Failde Garrido<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Profesora Titular del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

<sup>2</sup>Becaria Predoctoral F.P.U. del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

<sup>3</sup> Profesor ayudante doctor del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Universidad de Vigo

Facultad de Ciencias de la Educación

Campus de Ourense

Contacto: [lameiras@uvigo.es](mailto:lameiras@uvigo.es)

**Resumen**

Los abusos sexuales a menores representan una importante problemática tanto dentro como fuera de nuestras fronteras; estimándose que en España sufren abusos sexuales el 20-25% de las niñas y el 10-15% de los niños. En este trabajo hacemos una aproximación conceptual a la problemática del abuso sexual infantil partiendo de los criterios que delimitan la conducta abusiva. Posteriormente analizamos el estado actual de esta problemática a nivel nacional e internacional y profundizamos en el perfil de la víctima y del agresor/a, así como en el tipo de estrategias que el agresor/a pone en juego para someter a la víctima. Finalmente se recogen las principales consecuencias a corto y largo plazo de la conducta abusiva para la víctima y se incide en la importancia de llevar a cabo programas de prevención del abuso sexual infantil, así como programas de intervención con víctimas y agresores, con el objetivo de reducir la reincidencia de la conducta abusiva y de garantizar apoyo social a la víctima.

**Palabras clave:** Abuso sexual a menores, consecuencias para la víctima, incidencia, perfil de la víctima, perfil del agresor, prevalencia.

## Abstract

Childhood sexual abuse represents an important problem both in Spain and beyond our borders. It is calculated that approximately 20-25% of sexual abuse victims in Spain are girls and 10-15% are boys. In this study we use a conceptual approach when examining child sexual abuse. We start by delineating the factors involved in abusive behaviour. Then we discuss the current state of child sexual abuse nationally and internationally, and examine the profile of both victims and aggressors, as well as the type of strategies used by aggressors to control victims. Finally, we discuss the main effects (short and long term) of child sexual abuse on victims. To conclude, we point out the importance of developing programmes for the prevention of child sexual abuse, as well as programmes involving both victims and aggressors, with the final goal of reducing the incidence of these behaviours and offering social support for victims.

**Key words:** childhood sexual abuse, victims of childhood sexual abuse, sexual abusers, incidence, prevalence.

Sumario: **1. Introducción; 2. Aproximación conceptual; 3. Incidencia y prevalencia; 4. Perfil de la víctima y del agresor/a; 5. Tipos de conductas; 6. Consecuencias para la víctima; 7. Implicaciones para la intervención con víctimas y agresores; 8. Conclusiones**

## **1. Introducción**

Los abusos sexuales a menores constituyen una problemática que va más allá de las fronteras de los estados, de las culturas y de los diferentes estratos sociales (1). La primera alusión a esta problemática la encontramos ya en los escritos de Freud, que a principios del siglo pasado fue el primero en reconocer los abusos sexuales a menores y plantear las graves consecuencias que ello conllevaría para el adecuado desarrollo psicológico de las niñas y los niños. Pero su posterior retractación a favor de la *hipótesis de la fabulación*, en función de la cual Freud defendía que estas experiencias no habían ocurrido realmente, sino que eran fantaseadas por los propios menores, favoreció la inhibición social que caracterizó las siguientes décadas. Inhibición social a la que también contribuyó el desinterés mostrado por los influyentes trabajos de Kinsey, Pomero y Martín (2), quienes a pesar de haber constatado que el 24 % de las mujeres de su muestra manifestaban haber sufrido abusos sexuales en la infancia, trivializaron sus efectos afirmando que no encontraban razones justificadas para explicar las consecuencias negativas de estas experiencias (3).

De esta forma, el abuso sexual infantil ha sido una de las tipologías de maltrato más tardíamente estudiada, centrándose los estudios de maltrato a la infancia casi exclusivamente en los malos tratos de tipo físico (4). A lo que sin duda ha favorecido la ausencia, en no pocas ocasiones, de un daño físico visible (5).

No obstante, la creciente incidencia de los abusos sexuales a menores a partir de la década de los sesenta, y las condiciones sociales y científicas que se alcanzan en la década de los setenta con el reconocimiento de los derechos y necesidades específicas de los menores, permiten dirigir hacia esta problemática un significativo interés, cuya mayor eclosión se producirá durante la década de los ochenta y sobre todo durante la década de los noventa (6)

A continuación haremos un breve recorrido sobre las cuestiones clave de esta problemática internacional, de forma que nos permitan un mayor acercamiento y comprensión de la misma.

## 2. Aproximación conceptual

El abuso sexual es una forma de violencia que atenta, no sólo contra la integridad física, sino también psicológica del/a menor. En este sentido, un abuso sexual constituye un acto sexual impuesto a un/a menor que carece del desarrollo emocional, madurativo y cognoscitivo para consentir en dicha actividad (7). No obstante, a pesar de la contundencia de estas premisas, no existe un criterio inequívoco y consensuado, aceptado por toda la comunidad científica, sobre lo que debe o no considerarse como abuso sexual a menores.

En este contexto de disenso, destacan, sin embargo, tres importantes criterios que delimitan el abuso sexual: El primer criterio hace referencia a *la asimetría de edad*, de forma que entre el/la menor y el agresor/a debe existir, por lo menos, una diferencia de cinco años, que, en función de los casos, alcanzará un rango de diez años cuando el/la menor tenga más de 12 años, y siempre considerando la edad del agresor/a no inferior a 15-17 años (8, 9); aspecto que, como veremos, no está exento de controversia, ya que en los últimos años la elevada incidencia de los abusos sexuales cometidos por adolescentes sobre otros/as menores está haciendo replantear este aspecto y la necesidad de considerar que las agresiones sexuales se pueden llevar a cabo incluso por otros/as adolescentes (9, 10).

El segundo criterio hace referencia al *tipo de estrategias de coerción* que pone en juego el agresor/a para someter a la víctima, que implican la utilización de presión o engaño, la sorpresa e incluso la seducción, y en un menor número de casos la fuerza física (9, 11).

Por último, el tercer criterio se refiere al tipo *de conductas sexuales* que se mantienen, considerándose que deben incluirse todas las formas manifiestas de conducta sexual con o sin contacto físico, incluyendo contacto anal, genital u oral, caricias sexuales, peticiones sexuales, pornografía o exhibicionismo (9,12, 13).

No obstante, de los criterios clave para delimitar el abuso sexual, *la coerción o el carácter de imposición* es, en palabras de Echeburúa, De Corral y Amor (p. 168) (14), el que permite "recalcar la diferencia entre una agresión sexual y el sexo-juego entre menores de la misma edad o similares" impidiendo que su desarrollo sexual se lleve a cabo en sintonía con su edad cronológica".

Sin embargo, otra dificultad añadida a la conceptualización del abuso sexual infantil radica en la doble aproximación que podemos hacer hacia la misma: jurídica versus psicológica. De forma que, desde el ámbito legal se parte de un criterio objetivable, como es la presencia de una conducta sexual entre el agresor/a y el/la menor, protegiendo así el principio de *indemnidad sexual del/la menor, a quien no se le considera un sujeto de derechos sexuales, pues si así fuese se protegería el principio de libertad sexual*, como sucede en el caso de las agresiones sexuales a mujeres. Criterio objetivable que, por otra parte, es poco aséptico y no es ajeno a los significados sociales y culturales atribuidos a la sexualidad, que a pesar de los avances de las últimas décadas, todavía no se ha liberado de los lastres del biologicismo y del androcentrismo, negando a la infancia y a la vejez su condición de seres sexuados, y transmitiendo unas actitudes fuertemente erotofóbicas. Mientras que desde el ámbito psicológico se parte de la subjetividad, de la percepción y de los significados otorgados por el/la menor al supuesto acto abusivo (6), y que no necesariamente tienen que ser congruentes con el criterio legal.

En este sentido, destaca el polémico estudio de Rind, Tromovich y Bauserman (15), en el que se afirma que no todas las relaciones sexuales entre adolescentes y entre adultos y adolescentes tienen que ser consideradas como abusivas, aunque así se consideren desde el punto de vista jurídico. Reflejándose la falta de correspondencia entre el concepto jurídico y psicológico de abuso sexual (6, 16)

### **3. Incidencia y Prevalencia**

La incidencia de los abusos sexuales a menores hace referencia al número de casos nuevos ocurridos durante un determinado período de tiempo. En este sentido, los datos relativos a la incidencia son muy escasos y se encuentran muy limitados, fundamentalmente porque la mayoría de los casos de abusos sexuales no son denunciados en el momento que ocurren, especialmente cuando suceden en el ámbito familiar.

De esta forma, en la mayor parte de los trabajos llevados a cabo sobre abusos sexuales a menores, las víctimas ponen de manifiesto no haber confiado lo sucedido a nadie (17, 18), constatándose además, que los/as menores que denuncian la situación abusiva no lo hacen espontáneamente, sino que requieren la colaboración de otra persona (19).

De esta forma, los estudios que analizan la incidencia, la sitúan en un rango inferior al 1% (20). De modo que la prevalencia, es decir, el número de personas adultas que manifiesta haber sufrido abusos sexuales en la infancia, se convierte en una estrategia más fiable para establecer la verdadera extensión y alcance del problema (3, 6).

En relación a la prevalencia, el único estudio de ámbito nacional llevado a cabo hasta el momento en nuestro país ha sido realizado por López et al. (21) con una muestra de 2000 personas elegidas aleatoriamente de la población general. En esta investigación se comprueba que el 18,9% de la muestra había sufrido algún tipo de abuso sexual durante su infancia, de los cuales el 22.5 % eran mujeres y el 15.2 % eran hombres, con una edad situada entre los 12 y los 13 años en un 25,2% de los casos. Este estudio fue posteriormente recogido por Finkelhor (22) en su estudio internacional en 21 países en relación a las agresiones sexuales a menores, constatándose una tasa de abusos sexuales a menores en EE.UU. de un 20 % de mujeres y un 10 % de hombres, muy cercana a la obtenida en España. De hecho, esta investigación internacional concluye que España es con EEUU el país en el que se constatan los porcentajes más elevados de abusos sexuales a menores. Dato que corroboran estudios más recientes a nivel internacional (23,24). En base a estas investigaciones con muestreos representativos podemos concluir que entre un 20-25 % de las mujeres y un 10-15 % de los hombres han sido víctimas de abusos sexuales durante la infancia (21, 22).

Datos similares son constatados en estudios más recientes como el llevado a cabo por Pereda (25) para su tesis doctoral, con una muestra de 1.033 estudiantes de la Universidad de Barcelona, en el que se concluye que el 17,9% de los universitarios catalanes, un 19% de las chicas y un 15,5% de los chicos, reconoce haber sufrido abusos sexuales con contacto físico cuando era menor.

Sin embargo, hay que matizar que estos datos están condicionados especialmente por el concepto de abuso del que se parte, de difícil consenso (6). En este sentido, otras investigaciones ponen de manifiesto que el abuso sexual percibido por el/la menor y que le genera un malestar clínicamente significativo e interfiere en el normal desarrollo evolutivo sería del 4% al 8% de la población infantil (16, 26).

En sintonía con estos resultados, están los obtenidos en un estudio llevado a cabo con 826 estudiantes universitarios/as españoles del País Vasco, con una media de edad de 21,1 años, en el que se observa una incidencia de víctimas de abuso sexual del 23,3%, de los cuales el 13,04% son hombres y el 86,96% son mujeres; pero de los cuales, sólo el 5,6% había sufrido abuso sexual severo, incluyendo a aquellos sujetos que notificaron una situación que reunía las siguientes condiciones: implicaba contacto físico, la víctima tenía menos de 13 años, el agresor/a era familiar (padre, madre, hermano/a, tío/a, primo/a, abuelo/a) de la víctima, y se había producido en al menos dos ocasiones (27).

Otra investigación reciente que corrobora estos resultados fue llevada a cabo en la Universidad de Vigo con una muestra de 364 estudiantes universitarios/as (28) , confirmándose que el 8% de la muestra manifestaba haber sufrido abusos sexuales en la infancia, con un 79,5% de mujeres y un 10,5% de hombres.

No obstante, tal y como hemos destacado, los datos epidemiológicos no nos permiten identificar inequívocamente la verdadera incidencia y prevalencia de los abusos sexuales. Ello se debe, en gran medida, a que la mayoría los estudios trabajan con la información aportada por las víctimas adultas, que de manera retrospectiva nos informan de las experiencias de abusos sufridas durante su infancia y/o adolescencia, con las limitaciones que ello implica. De forma que esta información permite identificar datos de prevalencia (casos acumulados) por la dificultad de identificar la incidencia (casos nuevos denunciados) en el momento en el que estos se producen, siendo además los datos de incidencia disponibles menos fiables (28).



#### 4. Perfil de la víctima y del agresor/a

Tal y como hemos visto en las investigaciones anteriormente mencionadas el *perfil de la víctima* es el de una niña (21, 22, 27, 28), con una franja de edad comprendida entre los 6 y los 15 años, observándose un mayor incremento entre los 12 y los 15 años, al ser esta etapa la que se corresponde con el mayor desarrollo puberal (21, 26). No obstante, en relación a la edad el reciente estudio de Pereda (25) comprueba que los abusos son más frecuentes entre los menores de hasta 13 años (14, 9%) y menos frecuentes entre los/as jóvenes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años (3%).

Otros estudios confirman también la proporción significativamente mayor de niñas implicadas como víctimas en las situaciones de abusos sexuales, así dos investigaciones llevadas a cabo con 33 delincuentes sexuales condenados por abusos sexuales contra menores en Cataluña y Valencia, constatan que el 75.7 % de las víctimas fueron niñas y el 24.3 % niños (29,30). En la misma línea, una investigación llevada a cabo con 593 sujetos atendidos por la Asociación FADA (31), que ofrece asesoramiento, atención y formación especializada en el tema del abuso sexual en la infancia, durante el año 2005, pone de relieve que 93 consultas se refirieron a niños y 500 a niñas.

Sin embargo, aunque el perfil de la víctima corresponda mayoritariamente al sexo femenino, no podemos olvidar el, para nada despreciable, porcentaje de casos de abusos sexuales a niños que, en muchos casos, es escasamente identificado (32). Además, este menor porcentaje de niños víctimas de abusos sexuales podría ser debido a varias hipótesis, tales como no reconocerse a sí mismos como víctimas de abuso sexual y no contar lo sucedido a los adultos/as, aceptando el hecho de mantener relaciones sexuales con mujeres adultas como una forma positiva de ejercer la "masculinidad" (33); o por el contrario, sí reconocerse como víctimas de abuso sexual, siendo más reacios a denunciarlo en el entorno próximo por miedo a ser etiquetados como homosexuales, cuando el agresor es un hombre, o como "poco hombres", al solicitar ayuda cuando el abuso fue ejercido por una mujer (31), de forma que nunca salga a la luz la situación de abuso; lo que pone de relieve la influencia de los estereotipos y roles de género en la forma de afrontar el abuso sexual.

De la misma forma, el nivel de desarrollo cognitivo del/a menor también es un factor de riesgo para los abusos sexuales, aumentando su prevalencia significativamente en menores que padecen discapacidad intelectual (34, 35). Otro factor a tener en cuenta es el tipo de familia, de modo que los/as menores pertenecientes a aquellas familias en las que se produce maltrato y/o abandono físico y /o emocional son más vulnerables a sufrir abuso sexual (1).

En cuanto al *perfil del agresor/a*, con respecto al sexo se constata que los varones están significativamente más implicados como agresores en los abusos sexuales a menores, con unos porcentajes que oscilan entre el 80% y el 92% (11, 13, 25, 36, 37), especialmente cuando las víctimas son niñas (32). No obstante, según Rathus, Nevid y Ficher-Rathus (38) el número de mujeres implicadas como agresoras en abusos sexuales podría ser mayor del que se cree, ya que estaría oculto bajo las creencias de una sociedad que otorga a las mujeres un rango mucho más amplio de contacto físico con los niños/as, de acuerdo a los estereotipos y roles de género de la feminidad. En este sentido, en el citado estudio llevado a cabo con estudiantes universitarios catalanes/as (25) se pone de manifiesto que cuando la agresora es una mujer la víctima suele ser mayor de 12 años.

Por otra parte, en la investigación realizada en la Asociación FADA (31), se constata que la mayoría de agresores/as pertenecen al entorno cercano de la víctima: figuras paternas (38,04%), miembros de la familia extensa (29,19%) o conocidos de la víctima (17,70%); premisa que se pone de relieve en otros estudios, tanto a nivel nacional (39, 40) como internacional (41)

En este línea se han identificado diferencias significativas en cuanto al tipo de agresor y el sexo de la víctima, con una mayor frecuencia de agresores intrafamiliares, fundamentalmente con el rol de figura paterna, en el caso de las mujeres, y de agresores desconocidos en el caso de los niños víctimas de abuso sexual (42). Por el contrario, otros estudios no corroboran estas premisas (17, 21, 43). De igual modo, en la tesis doctoral de Pereda (25) también se han establecido diferencias significativas en función a la edad de víctima, de modo que en las víctimas menores de 13 años el agresor/a acostumbra a ser un conocido, siendo un familiar en el 45,7% de las mujeres agredidas y de un 23,7% en el caso de los hombres -un 6,7% y un 2,6% de los casos respectivamente corresponde al padre, madre o cuidador/a-.

El porcentaje de agresores/a desconocidos en esta franja de edad es del 23,7% en el caso de los varones y del 29, 3% en el caso de las mujeres. A partir de los 13 años y hasta la mayoría de edad, aumenta el número de casos en los que el agresor/a es desconocido, siendo del 54,5% en el caso de los hombres y de un 20% en el de las mujeres. Otro aspecto a tener en cuenta es que normalmente, quien abusa es una sola persona, pero a veces puede ser un grupo, tal como varios miembros de la misma familia. Además los y las menores pueden sufrir abusos de distintas personas en distintos períodos de sus vidas (13).

En relación a la edad del agresor/a, se comprueba que, mayoritariamente, abarca un rango de los 30 a los 50 años (21, 36). Sin embargo, también hay adolescentes y jóvenes, incluso menores, que lo hacen (44), en muchos casos reproduciendo su propia victimización (38). En esta línea, en el estudio nacional de López et al (21), se constata que un 15% de los agresores/as sexuales infantiles son menores de 20 años.

Así, si bien es cierto que los/as menores pueden cometer abusos sexuales contra otros menores cuando se aprovechan de la asimetría de edad o recurren a la coerción, no es menos cierta la dificultad que existe en detectar y operacionalizar este tipo de abuso sin cometer el error de perseguir manifestaciones sexuales normales entre menores (45), de hecho se observan claras discrepancias entre profesionales, comprobándose que estos son más permisivos con las conductas sexuales de los más pequeños/as y valoran como más "normales" las conductas autoeróticas y como más "anormales" las que implican penetración vaginal, anal u oral (46). En esta línea argumental López y González (10) llevaron a cabo un estudio sobre los criterios que adoptan los profesionales que trabajan con niños/as para valorar las conductas infantiles que pueden ser motivo de preocupación e intervención. La muestra estaba compuesta por un total de 279 profesionales y estudiantes de licenciatura y postgrado de España, Cuba y República Dominicana, de diferentes ámbitos profesionales que trabajan con niños/as. Para tal objetivo se administró un listado con 40 conductas sexuales infantiles a valorar atendiendo a tres posibles criterios: riesgo para la salud del/a menor, indicador de un posible caso de abuso sexual y signo evidente de abuso. En relación a los resultados se observa que hay una gran disparidad de criterios.

Comprobándose que las variables de la conducta sexual que más se han tenido en cuenta para efectuar las diferentes valoraciones en los tres criterios fueron: i) las *personas implicadas*, de modo que las conductas interactivas fueron más negativamente valoradas que las conductas autoeróticas (excepto las que implicaban conductas de juego y exploración; ii.) las *estrategias de coerción*, valoradas negativamente; iii.) *la frecuencia*, de modo que tanto las conductas autoeróticas como las exploratorias muy frecuentes, reciben, en general, valoraciones negativas; iv.) y *la edad*, siendo benevolentes con las conductas sexuales establecidas entre personas de similar edad. Además, en función de las variables de evaluación, el criterio "riesgo para la salud", genera acuerdos destacables, mientras que la "consideración de un posible abuso sexual" o la "evidencia de abuso", generan más discrepancias.

Finalmente, en relación al agresor/a hay que destacar el hecho de que no siempre, ni mucho menos, el interés de los adultos que abusan de menores responde a un trastorno de pedofilia, es decir no todos los abusadores de menores son pedófilos (1). De forma que la pedofilia, clasificada en los manuales de los trastornos mentales como una parafilia implica una atracción sexual hacia menores, especialmente prepúberes, recurrente y persistente (47); lo que debe distinguirse de aquellas personas que aún teniendo una orientación sexual hacia otros adultos, llevan a cabo conductas de abuso sexual a menores bajo situaciones de estrés o en ausencia de otras formas de relación sexual, sin ajustarse a los diagnósticos de los manuales de los trastornos mentales.

## 5. Tipos de conductas

Las estrategias utilizadas más frecuentemente por el agresor/a para someter a la víctima son la persuasión y el engaño (1) las amenazas de daño físico y/o emocional, la sorpresa, la aproximación y la confianza y familiaridad (3,6,13, 28). Mientras que la violencia física solamente aparece en un 10-14% de los casos (21,28).

Por otra parte, es frecuente que el abuso sea realizado en el contexto de una relación de afecto en la cual el agresor/a se comporta de forma seductora, "comprando" al menor o a la menor con regalos y manipulando emocionalmente para conseguir satisfacer sus deseos. De hecho, puede darse un largo proceso de preparación del/a menor para el abuso, durante el cual el abusador/a se va ganando gradualmente su confianza (13).

En cuanto a los tipos de conducta de abuso, tal y como se destacó anteriormente, existen múltiples conductas que forman parte de las definiciones de abuso sexual, siendo el tipo más agresivo y penado la penetración (oral, anal o vaginal). No obstante, el tipo de abuso de abuso sexual más frecuente son los tocamientos, de acuerdo con los estudios nacionales (25, 28, 31) e internacionales (18, 38). Así, en el estudio de Fernández, Lameiras y Failde (28), destaca un rango de comportamientos que van desde un 27,6% de la muestra que afirma haber sufrido proposiciones de actividad sexual en más de dos ocasiones, un 48,6% que afirma haber sufrido tocamientos en más de dos ocasiones, un 31% que ha sufrido tocamientos por encima de la cintura, un 27,6% que los ha sufrido por debajo de la cintura y un 17,2% que afirma haber sufrido conductas exhibicionistas en más de dos ocasiones. Por otra parte, ninguno refiere haber sufrido agresiones que implicasen coito anal mientras que un 6,9% afirma haber sufrido agresiones que incluyeron coito vaginal.

En relación a las conductas sexuales más invasivas el trabajo de Pereda (25), pone de relieve que el 42,1% de las víctimas femeninas de menos de 13 años sufrió penetración y el 26,7% de los hombres también. Entre los 13 y los 18 años, los abusos con penetración fueron del 27,3% en el caso de los varones y el 25% en el caso de las mujeres (25).

## **6.- Consecuencias para la víctima**

Si bien algunos autores precisan que hay casos en los que la sintomatología remite claramente con el paso del tiempo, en otros no necesariamente el paso del tiempo implica la resolución del trauma sino el tránsito de la sintomatología hacia formas de manifestación características del momento evolutivo en el que se encuentre la víctima, estando su recuperación muy condicionada por el apoyo familiar (creyéndole y protegiéndole) que recibe después de que se conoce la agresión sexual al menor.

El hecho de que la mayor parte de las personas que acuden a pedir asesoramiento sobre abusos sexuales sufridos en la infancia sean ya adultas, tal y como se pone de relieve en el citado trabajo de Pereda et al. (31), pone de relieve que el abuso sexual implica, en la mayor parte de los casos, perdurables consecuencias psicológicas para las víctimas. No obstante, hay que recordar que el propio trato victimizador del/a menor puede ser la causa de la sintomatología (6). De hecho, tal vez sea la victimización secundaria una de las causas de que sean las mujeres, tal y como han demostrado diferentes estudios a nivel internacional, las que tienen una mayor probabilidad de sufrir impacto psicológico como consecuencia del acto abusivo (15); como resultado de una sociedad fuertemente sexista que castiga duramente la sexualidad femenina y que pone en tela de juicio la conducta sexual de la mujer y las consecuencias que de ella se derivan. En este sentido, en el estudio meta-analítico de Rind, Tromovitch y Bauserman (15) se comprueba que el 33% de los hombres que ha sufrido abuso sexual en la infancia tiene posibilidades de desarrollar sintomatología clínica a edades adultas, mientras que en las mujeres la probabilidad es del 75% de los casos.

En relación a las consecuencias que sufre la víctima, en el trabajo de Fernández, Lameiras y Failde (28) se constata que los sujetos con historia de abusos sexuales en la infancia presentaron mayores niveles de estrés postraumático, así como puntuaciones más altas en las escalas de reexperimentación del suceso traumático, evitación de estímulos asociados al trauma e hiperactivación. Además, se observan diferencias significativas entre los sujetos con y sin historia de abusos sexuales sobre diferentes áreas de la vida. De forma que, los sujetos con historia de abusos sexuales presentan mayores niveles de interferencia en aspectos relacionados con las relaciones de amistad y familiares y con la vida sexual. Asimismo, presentaron niveles más bajos de autoestima y de satisfacción con la vida.

En general, las consecuencias para las víctimas de abusos sexuales pueden clasificarse en dos tipos: a corto y a largo plazo. Las *consecuencias a corto plazo* son aquellas que aparecen inmediatamente después del abuso, prologándose incluso hasta los dos años siguientes. Siguiendo a Echeburúa y Guerricaechevarría (1) estas consecuencias abarcarían un rango muy amplio de trastornos, afectando a todas las áreas de desarrollo del individuo: *física*, incluyendo pesadillas, trastornos de la alimentación o pérdida del control de esfínteres, entre otros trastornos;

conductual, desencadenando el abuso de sustancias tóxicas, fugas, hiperactividad o conductas autolesivas; *emocional*, desarrollando agresividad, ansiedad, baja autoestima o síndrome de estrés postraumático; *sexuales*, llevando a cabo conductas sexuales inapropiadas socialmente como exhibicionismo, masturbación compulsiva, así como problemas de identidad sexual; y *sociales*, como déficit de habilidades sociales o retraimiento social. Por otra parte, las *consecuencias a largo plazo* son aquellas que aparecen después de transcurridos dos años desde el abuso, por lo que es más difícil establecer una relación de causa-efecto, ya que pueden darse otras experiencias que produzcan la revictimización, aunque éstas también pueden ser la consecuencia de haber sufrido los abusos. Dentro de estas consecuencias a largo plazo destacan alteraciones *físicas*, tales como alteraciones del sueño, dolores crónicos, hipocondría y trastornos de la alimentación; *conductuales*, tales como consumo de sustancia tóxicas, trastornos disociativos de identidad o intentos de suicidio; *emocionales*, incluyendo depresión, ansiedad, baja autoestima, alexitimia y síndrome de estrés postraumático; *sexuales*, destacando las fobias y disfunciones sexuales, así como las alteraciones de la motivación sexual; y *sociales*, a través de problemas de relación interpersonal, dificultades de vinculación afectiva con los hijos/as y mayor probabilidad de sufrir revictimización (1, 36)

Por otra parte, no son pocos los estudios que han hipotetizado sobre el supuesto potencial de maltrato de la víctimas de abusos sexuales; en esta línea, en el citado estudio de Paúl et al. (27), que tenía como objetivo analizar los recuerdos de maltrato físico y abuso sexual, y su relación con el potencial de maltrato, se comprueba que las víctimas de maltrato físico manifiestan un mayor potencial de maltrato que las que sufrieron abuso sexual, así como más rabia y más tristeza, mientras que las que sufrieron abuso sexual muestran más culpa y vergüenza, tal y como han constatado otros estudios a nivel internacional (48, 49). No obstante, Dilillo, Tremblay y Peterson (50) comprueban que haber sido víctima de abuso sexual en la infancia es un factor de riesgo para el maltrato o la negligencia en la edad adulta.

## 7. Implicaciones para la intervención con víctimas y agresores

Dentro de la problemática de los abusos sexuales a menores, los programas de prevención e intervención con víctimas y agresores desempeñan un papel crucial, tanto a nivel preventivo como terapéutico.

Así, partiendo de la premisa de que las víctimas de abusos sexuales no sólo padecen las consecuencias inmediatas de éstos, sino que sufren perdurables consecuencias físicas y psicológicas con graves costes para su desarrollo personal y su calidad de vida, los programas de prevención del abuso sexual, encaminados a que el/la menor sea capaz de distinguir las conductas apropiadas e inapropiadas de los adultos/as y de romper los malos secretos, buscando ayuda en la familia o en otros adultos/as competentes o ayudando a iguales que se encuentran en estas circunstancias (51), constituyen un recurso de gran utilidad.

Sin embargo, y a pesar de la importancia de la prevención de los abusos, los mayores esfuerzos de intervención se han puesto en los programas de rehabilitación del agresor/a y de intervención con la víctima.

Los programas de rehabilitación y reinserción con agresores llevados a cabo en prisión, se orientan, fundamentalmente, a prevenir la reincidencia del abuso sexual; para ello se utilizan diversos enfoques de tratamiento, siendo los más abundantes y efectivos los de orientación cognitivo-conductual, que incluyen intervención en áreas tan importantes como la autoestima, la empatía hacia las víctimas, las habilidades sociales y las distorsiones cognitivas, así como la promoción de unas actitudes más erotofílicas y la prevención de recaídas; y que en muchas ocasiones van acompañados de medidas más drásticas como la "castración química", con los inconvenientes éticos y legales que, sin duda, presentan (1, 52, 53).

Además, junto a las intervenciones de Terapia Individual hay que señalar la amplia presencia que la Terapia Familiar tiene en el tratamiento de los ofensores sexuales, especialmente en los casos de abuso intrafamiliar. De hecho en la revisión del Knopp Freeman-Longo y Stevenson (54) comprueban que el 80 % de los programas incluyen la modalidad de terapia familiar.



Por otra parte, los programas de intervención con las víctimas, se orientan a tratar las consecuencias físicas y psicológicas derivadas del abuso, incluyendo la victimización secundaria, y a elevar la autoestima de la víctima, reforzando la red de apoyo social y familiar (55, 56). Los principales objetivos de los programas de intervención con víctimas de abusos sexuales a menores son tres (57): i) evitar la repetición de abuso; ii) tratar las posibles secuelas físicas y psicológicas del abuso; y, iii) evitar los efectos iatrogénicos del abuso. De forma complementaria, Rathus, Nevid y Fichner-Rathus (38) destacan la importancia de llevar a cabo intervenciones multicomponente, en las que se incluye terapia individual para el niño/a, la madre y el padre; terapia de grupo para el/la adolescente o preadolescente; terapia de juego para niños/as muy pequeños, consejo matrimonial para padres/madres y terapia familiar para todo el grupo familiar

## 8. Conclusiones

Los abusos sexuales a menores constituyen una importante problemática tanto a nivel nacional como internacional. No obstante, los recientes sucesos acontecidos en nuestro país en los últimos meses, al margen de su gravedad, han provocado una gran alarma social que no refleja la situación real de la problemática. Como hemos visto a lo largo de este trabajo la prevalencia de los abusos sexuales a menores, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras, pone de manifiesto que el abuso sexual percibido por el/la menor y que le genera un malestar clínicamente significativo e interfiere en su normal desarrollo evolutivo se sitúa entre el 4 y el 8% de la población infantil (16, 26, 27, 28).

Sin embargo, no podemos obviar que las víctimas de abusos sexuales no sólo padecen las consecuencias inmediatas de éstos, sino que sufren perdurables consecuencias físicas y psicológicas con graves costes para su desarrollo personal y su calidad de vida. En este sentido son importantes los programas de prevención de los abusos sexuales a menores, encaminados a que el/la menor sea capaz de distinguir las conductas apropiadas e inapropiadas de los adultos/as y de romper los malos secretos, buscando ayuda en la familia o en otros adultos/as competentes o ayudando a iguales que se encuentran en estas circunstancias .

Por otra parte, no podemos desatender los programas de rehabilitación y reinserción con agresores, con el objetivo de prevenir la reincidencia; y aquellos otros programas de intervención con las víctimas, fundamentalmente encaminados a atenuar las consecuencias físicas y psicológicas derivadas del abuso, incluyendo la victimización secundaria, y a elevar su autoestima, reforzando la red de apoyo social y familiar.

## Bibliografía

1. Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000) *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
2. Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B, Martín, C.W. y Gebhart, P.H. (1968) *Conducta sexual de la mujer*. Buenos Aires: Siglo XXI (Original 1953)
3. Lameiras, M. y Failde, J.M. (2000). *La psicología clínica y de la salud en el siglo XXI. Posibilidades y retos*. Madrid: Dykinson Psicología.
4. Arruabarrena, M. y De Paúl, J.(1999). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide
5. Simón, C., López, J. L. y Linaza, J.L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Comillas.
6. Lameiras, M. (2002). Aproximación psicológica a la problemática de los abusos sexuales en la infancia. En M. Lameiras (Ed.), *Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico* (pp. 61-83). Madrid: Biblioteca Nueva.
7. Echeburúa, E. , De Corral, P. y Amor, P.J. (1997). Características psicopatológicas de los ofensores sexuales. En M. Lameiras y A. López (Eds.), *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 165-180). Santiago: Tórculo Edicions.

8. Finkelhor, D. (1979). *Sexually Victimized Children*. Nueva York: Free Press.
9. López, F. (1995) *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.
10. López, F. y González, E. (2007). Abusos sexuales a menores y sexualidad infantil: una frontera por definir. *Sexología integral*, 4 (1), 21-29.
11. López, F. Hernández, A. y Carpintero, E. (1994). *Los abusos sexuales de menores: Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sexuales.
12. O'Donohue, W. y Geer, J.H. (1992). *The sexual abuse of children. Clinical issues*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
13. VV.AA (2005). *Guía de sugerencias para apoyar a menores que han sufrido abuso sexual*. Madrid: Fundación Mujeres, Instituto de la Mujer, CIDE-Ministerio de Educación y Ciencia.
14. Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (1997). Características psicopatológicas de los ofensores sexuales. En M. Lameiras y A. López (Eds.), *Sexualidad y Salud. La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales* (pp. 165-180). Santiago: Tórculo Edicions.
15. Rind, B., Tromovitch, P. y Bauserman, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples, *Psychological Bulletin*, 124 (1), 22-53.
16. Echeburúa, E. y De Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 43-44.
17. Edgardh, K. y Ormstad, K. (2000). Prevalence and characteristics of sexual abuse in a national sample of Swedish seventeen-year-old boys and girls. *Acta Paediatrica*, 88, 310-319.
18. Oaksford, K.L. y Frude, N. (2001). The prevalence and nature of child sexual abuse: evidence from a female university sample in the UK. *Child Abuse Review*, 2001, 10, 49-59.

19. Oates, R.K., Jones, D.P., Denson, D., Sirotnak, A., Gary, N. y Krugman, R. (2000). Erroneous concerns about child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24 (1), 149-157.
20. Sjogren, L.H. (1995). Child Sexual Abuse: The common idea of high prevalence and some consequences of such a unisconception. *Nordisk-Sexology*, 13(3), 170-181.
21. López, F., Carpintero, E., Hernández, M., Martín, M.J. y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1039-50.
22. Finkelhor, D.(1994). The international epidemiology of child abuse. *Child Abuse Neglect*, 17, 67-70.
23. Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.), *Violencia contra niños* (pp 149-218). Barcelona: Ariel.
24. Wyatt G.E, Loeb, T.B., Romero, G., Solis, B. y Carmona, JV. (1999). The prevalence and circumstances of child sexual abuse: Changes across a decade. *Child Abuse Neglect*, 23, 45-60.
25. Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Barcelona:Tesis doctoral
26. Sanmartín, J. (Coord.) (1999) . *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel.
27. De Paul, J., Pérez, A., Paz, P., Alday, N. y Mocoora, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema*, 14 (1), 53-62.
28. Fernández, R., Lameiras, M. y Failde, J.M. (2008). Estrés postraumático y nivel de bienestar vital en víctimas no recientes de abusos sexuales infantiles. *Sexología integral*, 5(2), 62-69.

29. Garrido, V.G., Beneyto, M.J. y Gil, A.O. (1996). *Los delincuentes sexuales institucionalizados. Un estudio de los agresores de niños*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Justicia, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
30. Gil, A.O. (1997). Los delincuentes sexuales en las prisiones: Evaluación sociodemográfica y psicológica. En M. Lameiras y A. López (Eds.), *Sexualidad y Salud* (pp. 181-214). Santiago de Compostela: Tórculo Edicions.
31. Pereda, N., Polo, P., Grau, N., Navales, N. y Martínez, M. (2007). Víctimas de abuso sexual en la infancia. Estudio descriptivo. *Revista d'estudis de la violència*, 1.
32. Holmes, W.C. y Slap, G. B. (1998). Sexual abuse of boys. Definition, prevalence, correlates sequelae, and management. *Journal of the American Medical Association*, 280 (21), 1855-1862.
33. Coxell, A., King, M., Mezey, G., y Gordon, D. (1999). Lifetime prevalence, characteristics, and associated problems of non-consensual sex in men: cross sectional study. *British Medical Journal*, 318, 846-850.
34. Sanmartín, J. (2000). *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel
35. Diesen, C. (2004). *Niños y niñas víctimas de abuso sexual y el procedimiento judicial: informes nacional y europeo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
36. Cantón, J. y Cortés, M.R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI
37. Romano, E., De Luca, R.V. (2001). Male sexual abuse: a review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 55-78.
38. Rathus, S.A., Nevid, J.S., y Fichner-Rathus, L. (coords.) (2005). *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
39. Inglés, A. (Coord) (2000). *El maltractament d'infants a Catalunya. Quants, Com. Per què*. Barcelona: Departament de Justicia.

40. Sanmartín, J. (Coord.) (2002). *Maltrato Infantil en la familia. España (1997/1998)*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
41. May-Chahl, C. y Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 29, 969-984.
42. Levesque, R. J. (1994). Sex differences in the experience of child sexual victimization. *Journal of Family Violence*, 9(4), 357-369
43. Madu, S. N., Peltzer, K. (2001). Prevalence and patterns of child sexual abuse and victim-perpetrator relationship among secondary school students in the Northern Province (South Africa). *Archives of Sexual Behavior*, 30, 311-321.
44. Sperry, D. M., Gilbert, B.O. (2005). Child peer sexual abuse: preliminary data on outcomes and disclosure experiences. *Child Abuse and Neglect*, 29, 889-904.
45. Ryan, G.(2000). Childhood Sexuality: A decade of Study.Part I. Research and curriculum development. *Child Abuse and Neglect* , 24, 33-44
46. Heiman, M.L., Leiblum, S., Esquilin, S.C. y Meléndez, L.A (1998). Comparative Survey of Beliefs about Normal Childhood Sexual Behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 22, 289-304.
47. American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
48. Coffey, P., Leitenberg, K.H., Henning, K., Turner, T. y Bennett, R.T. (1996). Mediators of long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse and Neglect*, 20, 447-455.
49. Feiring, C., Taska, L., y Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: The role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse and Neglect*, 20, 767-782.
50. DiLillo, D., Tremblay, G.C., y Peterson, L. (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: The mediating role of maternal anger *Child Abuse and Neglect*, 24, 767-779.

51. López, F. y Del Campo, A. (1997). *Prevención de abusos sexuales a menores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
52. Marshall, W. y Redondo, S. (2002). Control y tratamiento de la agresión sexual. En S. Redondo (Coord.), *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 301-32). Barcelona: Ariel.
53. Roca, M. y Montero, P. (2000). Intervención con psicópatas en prisión. En A. Raine y J. Sanmartín, *Violencia y psicopatía* (pp. 122-134). Barcelona: Ariel
54. Knopp, F.H., Freedman, R.E. y Stevenson, W. (1992). *Nationwide survey of juvenile and adult sex-offender treatment programs*. Orwell: Safer Society Press.
55. Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P. (2002). Tratamiento psicológico de las víctimas de agresiones sexuales. En S. Redondo (Coord.), *Delincuencia sexual y sociedad* (pp. 329-359). Barcelona: Ariel.
56. Hyman, S.M. , Gold, S.N. y Cott, M.A. (2003). Forms of social support that moderate PTSD in childhood sexual abuse survivors. *Journal of Family Violence*, 18(5), 295-300.
57. Torres, B. (1997). Prevención y tratamiento de los abusos sexuales infantiles. En J.G. Zapiain (Ed.) , *Avances en Sexología* (pp.207-212). San Sebastián: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.