

**ABUSO SEXUAL
INFANTIL:
UN RETO PARA TODOS
LOS PROFESIONALES**

JOSÉ-MANUEL ALONSO VAREA
Psicólogo

Consultoria, Projectes i Formació

**www.alonsovarea.com
josem@alonsovarea.com**

INDICE

RESUMEN.....	4
INTRODUCCION	5
ALGUNOS DATOS SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	6
INCIDENCIA EN EL ESTADO ESPAÑOL.....	6
SITUACIONES ATENDIDAS POR UN EAIA	7
EL PROCESO DE INTERVENCION.....	8
DETECCION.....	9
EVALUACION.....	11
TRATAMIENTO ESPECIALIZADO.....	13
ESTUDIO, FORMACION Y PREVENCION	16
BIBLIOGRAFIA CITADA.....	18

RESUMEN¹

Este artículo, realizado desde la perspectiva de un equipo de protección a la infancia y adolescencia, trata sobre:

- a) El **perfil de las situaciones** de abuso sexual infantil, en el Estado Español y en un distrito de la ciudad de Barcelona.
- b) Algunas premisas sobre el **proceso de intervención** con estas situaciones, algunas dificultades y propuestas concretas.

Algunas de éstas propuestas tratan sobre: la **notificación**, el **acordar conceptos y criterios operativos**, el elaborar guías para la **evaluación psico-social** de situaciones de abuso sexual infantil, la creación de un **Equipo de Prevención y Tratamiento** específico, el papel de la **red pública de atención** en salud mental infantil y de adultos, los **procedimientos judiciales**, el **estudio**, la **oferta formativa** y las **experiencias preventivas** piloto sobre este tipo de maltrato.

¹ El autor cuando elaboró este artículo trabajaba en el Equip d'Atenció a la Infància i la Adolescència (EAIA). Districte Ciutat Vella. Ajuntament de Barcelona.

Un texto similar ha sido publicado en la revista BIENESTAR Y PROTECCION INFANTIL, nº 1, (noviembre 1995).

INTRODUCCION

Suele decirse que seguramente en nuestras sociedades son mas los niños víctimas de diferentes formas de abuso sexual que los que sufren envenenamiento o enfermedades infecciosas. Se trata de un problema de salud pública en sentido amplio. Es posible que ahora no haya mas situaciones de abuso sexual infantil que antes, pues las ha habido siempre, pero quizá actualmente se notifican y se estudian más.

La atención en Catalunya a este tipo de situaciones de abuso sexual infantil desde diferentes ámbitos y servicios es muy reciente. Los profesionales en éstos temas adoptan a menudo una postura de inhibición, sin embargo, está aumentando ligeramente la sensibilización social y el interés de los profesionales para poder dar mejores respuestas.

Se suele entender por **abuso sexual** en la infancia (en adelante ASI) la implicación de niños y adolescentes en actividades sexuales que no comprenden plenamente, para las que no están preparados por su desarrollo, para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado, y que violan los tabúes sexuales de los roles familiares (15). Este concepto habla de **coerción** (física, presión o engaño), de **asimetría de edad**, de **imposibilidad de elección** (el menor no puede decir no), del **abuso de poder** y del **manejo inadecuado de los deseos sexuales del adulto, utilizando éste a los menores para satisfacer sus necesidades y afrontar sus conflictos.**

La dinámica relacional abusiva tiene diferentes características ya se trate de incesto o de abusos extrafamiliares. En varias de las referencias bibliográficas (por ejemplo: 5, 9) se pueden hallar modelos explicativos del ASI. Las diferencias profesionales sobre como entender el ASI no tienen tanto que ver con el modelo teórico del profesional sino con su **nivel de aceptación de los derechos de la infancia** y de un trabajo clarificador con menores y adultos en prevenir, detectar y evaluar.

Hay acuerdo entre clínicos e investigadores sobre que el hecho de ser víctima de abuso sexual durante la infancia crea un riesgo muy importante de daños significativos para la salud mental inmediatamente y/o a medio y largo plazo. Recomendamos consultar la excelente revisión de Finkelhor (9) sobre dichas **consecuencias**. En nuestro país F. López (13) ha encontrado dichos efectos entre las víctimas de abusos al compararlas con una muestra de personas que no habían sufrido abusos. Las víctimas tienen un mayor riesgo de: huidas de casa, depresión, hospitalización psiquiátrica, suicidio, pérdida de confianza en si mismos, abuso de alcohol y otras drogas, hostilidad hacia el otro sexo, insatisfacción o problemas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, etc. Por todo ello, es evidente la importancia de **poder prevenir y tratar** adecuadamente a las personas que se han visto implicadas en estas relaciones,

para disminuir las probabilidades de repetición transgeneracional del abuso sexual.

ALGUNOS DATOS SOBRE EL ABUSO SEXUAL INFANTIL

INCIDENCIA EN EL ESTADO ESPAÑOL

Sólo se ha realizado un estudio estatal riguroso sobre el tema (13) en el cual se ha hallado que un 19% de los adultos encuestados dijeron haber sido víctimas de abuso sexual antes de los 17 años². Esta frecuencia es similar a la encontrada en países anglosajones y a la hallada en ese mismo estudio en las distintas Comunidades Autónomas. Se valora este resultado como elevado pues refleja que al menos esos adultos reconocen haber tenido este tipo de experiencia pudiendo ser la cifra real mayor.

Por sexos, el 15,2% de los hombres y el 22,5% de las mujeres han tenido este tipo de relaciones abusivas. Es preocupante el que en el 44% de los casos los abusos se repitieran, y que la mitad de la población diga conocer directamente casos de abuso sexual. Las personas que reconocieron haber sufrido en su infancia algún tipo de abuso sexual, cuando señalan la conducta mas grave de las que les ocurrió el resultado es el siguiente:

"Caricias"	51,6%
"Exhibicionismo"	15,7%
"Masturbación"	9,8%
"Intento de coito vaginal" (3,6%) "Coito vaginal" (2,9%).....	6,5%
"Sexo oral"	6,2%
"Proposiciones de actividad sexual"	6,2%
"Intento de coito anal" (1,1%) "coito anal" (1,8%)	2,9%

Respecto a la relación de las víctimas con los agresores, éstas señalaron:

"Alguien desconocido"	42,5%
"Alguien conocido sin relación especial"	32,7%
"Con algún tipo de parentesco familiar"	11,3%
"Amigos de la familia"	8,3%
"Educadores, religiosos"	4,7%

² La definición de ASI que se realizó en este estudio era: entender por menor hasta los 16 años inclusive, que el agresor tuviera 5 años mas que la víctima o haberse servido de violencia o amenazas físicas. En el caso del exhibicionismo sólo se incluía si la víctima y el exhibicionista se encontraban solos.

SITUACIONES ATENDIDAS POR UN EAIA

Los Equipos d'Atenció a la Infància i Adolescència (EAIA) en alto riesgo social se ocupan de la protección a la infancia desde el sistema de bienestar social. Están compuestos, como mínimo, por psicólogo/-a, pedagogo/-a, y asistente social, estando territorializados, es decir, situados en casi cada distrito de Barcelona y en cada ciudad grande o comarca de Catalunya. Son los equipos encargados de valorar las situaciones de alto riesgo social, maltrato, abandono y abusos. Tras esa valoración se proponen, si son necesarias, las medidas técnicas y administrativas (guarda, declaración de desamparo, tutela, acogida en centro o en familia) mas adecuadas basándose en el interés del menor, estando igualmente encargados de conseguir que todas estas medidas se lleven a cabo. La protección inmediata del menor cuando convenga y el máximo soporte posible a su núcleo familiar, tanto para evitar la separación como para conseguir el retorno si ésta se ha producido, son dos premisas básicas de estos equipos (3).

No se han elaborado estadísticas sobre la incidencia del abuso sexual infantil entre toda la población atendida por estos equipos. Por ello nos centraremos únicamente en las situaciones detectadas desde el EAIA de Ciutat Vella. Desde 1990 hemos encontrado al menos 60 menores (algo mas del 10% de todos los menores que nos han sido derivados) que han vivido situaciones de abuso sexual infantil con contacto físico (no incluimos exhibicionismo ni proposiciones). Señalaremos algunas características de estas situaciones:

- El 75% de todas las situaciones de ASI detectadas correspondían a menores **entre 6 y 15 años**. En esta franja de edad encontramos el mismo número de niños que de niñas. La mayor parte de casos dudosos de posible abuso sexual se daban antes de los 5 años. Ello puede ser atribuible a la mayor dificultad, si cabe, de la evaluación en estas edades.
- La tercera parte de los niños/-as abusados/-as tenían **hermanos/-as que también habían sufrido dicha situación**. Generalmente se había producido junto con el ASI otras formas de maltrato o abandono (físico o emocional).
- Al contrario de lo encontrado en la población en general (14), y debido a las características de la población que llega a un equipo oficial de protección infantil: a) el abusador, en mas de la mitad de las situaciones, era **el padre o el padrastro o el tío**. El porcentaje de abusadores totalmente desconocidos para el menor era insignificante. b) La mayor parte de situaciones de abuso sexual eran de **tocamientos, masturbación o penetración**, siendo menos frecuentes las formas leves: sólo proposición verbal o exhibicionismo.
- Las formas en que suelen detectarse los ASI en un EAIA son por orden de mayor a menor volumen de notificación:
Derivación a través de **cuerpos policiales** en donde el /-la menor, otra persona o los propios policías han hecho denuncia.
El EAIA lo descubre durante un proceso de valoración donde no se suponía previamente que podía estarse produciendo una relación abusiva. A

veces, finalizada la valoración, y habiéndose optado por el ingreso del menor en un centro residencial o familia de acogida, se producen situaciones de abuso sexual **durante los contactos del menor con sus familiares.**

Derivación por **otros servicios que han detectado el abuso sexual** y que piden al EAIA su confirmación a través de una valoración con detenimiento.

- La violencia hacia la infancia, incluyendo evidentemente el abuso sexual infantil, se produce en todas las clases sociales, sin embargo, en un contexto de gran desigualdad social y carencias (familiares, sociales, educativas, económicas,...) el niño tiene mas posibilidades de llegar a ser el "chivo expiatorio" de los conflictos intra y extrafamiliares de sus padres o cuidadores (5) y debido a una menor protección por parte de su entorno puede ser mas objeto de abusos extrafamiliares por abusadores regresivos (que también sienten atracción por adultos) o por abusadores obsesivos (pederastas). Estos últimos están especializados en relacionarse con el menor, en entrar en su mundo, y en realizar abuso sexual, pudiendo llegar a mantener relaciones con docenas de menores. Estos adultos tienen un pronóstico muy negativo.
- Debido al alto grado de deterioro de los adultos que atendemos y a la ausencia de recursos específicos de ayuda y su ausencia de potenciación por el ámbito jurídico-legal, **es muy escasa la rehabilitación de abusadores** intra- y extra-familiares una vez que se ha denunciado.

EL PROCESO DE INTERVENCION

Describiremos algunas **premisas y recomendaciones** a tener en cuenta en las fases del proceso de atención, y algunas de las **dificultades** con las que se encuentran los EAIA y otros profesionales (trabajando en equipo o solos) en dicha intervención con situaciones de ASI. Para cada una de esas fases se señalan **propuestas** para mejorar la intervención en Catalunya, pero también podrían ser en gran medida aplicables al resto del Estado Español. Muchas de éstas son igualmente válidas para la mejora de la intervención profesional ante otras formas de maltrato. Algunas de ellas van teniendo una progresiva aceptación en diferentes sectores profesionales.

Dos hechos pueden explicar algunas de las dificultades que se señalan a lo largo de éste artículo: la reciente importancia que se le da socialmente al tema, y la reciente implantación de nuestro modelo de protección a la infancia. **Tenemos pendiente en el Estado Español establecer un modelo coherente y global de atención a las situaciones de abuso sexual infantil.** Hay poca detección, insuficiente evaluación, tratamiento casi exclusivamente penal, habiéndose de avanzar mucho en el estudio, la formación y la prevención educativa.

DETECCION

Algunas **premisas**:

- La detección y la manifestación de la experiencia del abuso sexual es preferible a que esta permanezca en secreto, pues suponen mayores posibilidades de resultados positivos para el niño (9).

- Al ser en gran medida el tema de los abusos sexuales tabú es difícil que los niños expresen el problema que están padeciendo. Es por ello que los profesionales que están en contacto con el mundo infantil han de **prestar atención a los indicadores** que puedan sugerir la existencia de un posible ASI e intervengan en defensa de las posibles víctimas notificando la detección con cuidado y rigor.

Algunas **dificultades**:

- Como cabría esperar los EAIA, en su trabajo con otros profesionales de los ámbitos de la educación, salud, salud mental, servicios sociales y justicia, encuentran a menudo en éstos **creencias erróneas**, existentes también entre la población en general y en responsables políticos. Estas creencias contribuyen a ocultar el problema y a tranquilizar a quienes no desean afrontarlo, y en consecuencia a culpabilizar a la víctima al no concederle credibilidad (13). Algunas de éstas creencias son:

- "Los abusos sexuales no existen o son muy infrecuentes". Es más fácil ignorarlos o no aceptarlos como posibles que aceptar que han sucedido.
- "Sólo ocurren en ambientes sociales muy especiales, asociándolos a pobreza, baja cultura, etc.". "Si los abusos sexuales ocurrieran en nuestro entorno inmediato nos enteraríamos". Existe mucha resistencia a poder pensar que el abusador pueda pertenecer al núcleo familiar o que pueda ser un conocido (vecino, educador, etc.).
- "Los niños cuando nos cuentan haber sufrido abuso sexual no dicen la verdad o están fantaseando". "El ASI sólo supone gravedad si hay penetración". "Los ASI son práctica habitual en algunas familias, siendo "lo normal" para esos menores, por lo cual es mejor no intervenir".

- Se suelen **confundir los efectos que ha producido el abuso sexual infantil en el menor con las causas reales**. Así, si el menor miente, roba, se fuga, etc. se tiende a explicar que la situación de abuso que reporta el menor está causado por su manera de ser (síntomas del abuso) en lugar de pensar que el abuso es el que puede haberlos producido.

- Otras causas por las que no se suelen notificar estas situaciones por trabajadores sociales, maestros, psicólogos, médicos, etc., son: dificultad de acercarse a la realidad del niño, ineficacia por sentirse desbordado por el trabajo, no tener certeza, miedo a represalias, no saber como dirigir la ayuda, desconocimiento de la obligación legal de notificar, escasa confianza en los profesionales que a partir de entonces también entrarán en el caso.

Sobre los aspectos deontológicos de la notificación se ha de recordar que "(...) todos y en especial quien por razón de su profesión tenga conocimiento de la existencia de cualquier forma de maltrato a menores, **ha de ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial o del organismo competente**, el cual ha de garantizar la reserva absoluta y el anonimato del comunicante " (artículo 2.3 de la Llei 37/91 del Parlament de Catalunya sobre medidas de protección de los menores...). En esta línea los códigos deontológicos de los Colegios Profesionales mas relacionados con este tipo de atención son favorables a dicha notificación (por ejemplo 7, 8).

PROPUESTA 1:

Las Administraciones Públicas, sobre todo, han de informar adecuadamente a los ciudadanos en general y a los profesionales en particular sobre la Convención de la ONU sobre Derechos de la Infancia, los aspectos principales de las leyes estatales y autonómicas sobre infancia, etc.

Ante la falta de cumplimiento sistemático de los Códigos Deontológicos, **los colegios profesionales** habrían de trabajar con sus asociados la necesidad de notificación, y de asesorarse en caso de duda sobre si se ha producido abuso, como formas de cumplir con sus obligaciones legales y deontológicas profesionales.

Se ha de recordar a los profesionales que la legislación sobre derechos de los menores y atención a los mismos no es válida sólo para los equipos de protección infantil sino **para todos los profesionales**.

Muchas veces en función de si un menor llega a uno u otro tipo de equipo especializado en infancia se dan diferentes tipos de (no) intervenciones de detección y tratamiento de víctimas y abusadores. La **Comisión Interdepartamental para la coordinación de actuaciones de la Administración de la Generalitat dirigidas a niños y adolescentes con disminución o en situación de riesgo** que fue creada en 1993 para lograr unidad de criterios y mayor eficacia puede tener un papel importante en la atención al ASI. Está integrada por los Departamentos de Bienestar Social, Sanitat y Ensenyament que tienen funciones, competencias y más de 200 equipos especializados en atención a infancia y adolescencia.

PROPUESTA 2:

Debido a la poca definición institucional que estimule la profundización en temas de abuso sexual infantil sería muy importante **que a través de los mecanismos creados por dicha Comisión los tres departamentos citados, y por extensión los equipos especializados que de ellos dependen, llegaran a acuerdos conceptuales y a criterios operativos de actuación ante este tipo de situaciones de ASI.**

Especialmente recomendable sería acordar criterios sobre notificación, derivación, información escrita, evaluación, tratamiento; así como la coordinación entre el Programa de Salud Mental (infantil y adultos) del Departament de Sanitat y la Dirección General de Atención a la Infancia (DGAI) del Departament de Benestar Social.

Al no denunciar los profesionales la relación abusiva en la que está inmerso un menor hay un riesgo de alianzas entre ellos y los adultos abusadores o familiares de los mismos, especialmente perjudicial para los menores. Al pensar que sólo con la intervención terapéutica se podrá frenar el abuso se cae a veces en: la omnipotencia de lo terapéutico, en ver al niño como recurso terapéutico del adulto, en mayor protección del adulto y menor al niño/-a, y la descalificación de la justicia y de la administración de protección de menores. ¿Qué se hace en esos casos cuando fracasa la intervención? Generalmente no notificar, siguiéndose produciendo la relación abusiva. El menor probablemente no volverá a señalarlo en el futuro pues decirlo no le ha servido para que se acabara.

PROPUESTA 3:

No se ha de trabajar aislados. La intervención eficaz en ASI requiere especialmente: cooperación y confianza interdisciplinar e interinstitucional, así como compartir información, decisiones y responsabilidad. Siempre hay el recurso a la denuncia judicial, pero si por las razones que fueren no se opta por dicha vía, se ha de notificar por vía administrativa al organismo público de protección (DGAI en Catalunya) o a sus equipos (EAIA). Los profesionales de los EAIA que ya cuentan con tres disciplinas junto con los médicos, abogados, fiscales, y los profesionales que han detectado el caso han de **decidir la estrategia concreta de intervención**: separación o no del menor, denuncia judicial, etc. en función, entre otros, de la gravedad de los hechos y de la respuesta que ha tenido la familia: reconocimiento de los hechos y aceptación de la ayuda profesional. Si la evolución familiar es negativa se hace imprescindible la intervención judicial.

Ha de quedar lo más claro posible el contexto profesional de intervención.

EVALUACION

Algunas **premisas** y **recomendaciones**:

- **Realizar evaluaciones psico-sociales**, las cuales son un proceso sistemático de recogida de información y de elaboración de opiniones profesionales acerca del tipo de manifestaciones, conductas y otras evidencias que basan la sospecha de un posible ASI. Los resultados de dichas evaluaciones pueden ser utilizados para ayudar en la toma de decisiones legales y dirigir la planificación del tratamiento, pudiendo tener repercusiones muy importantes para la seguridad y bienestar del niño. Es muy recomendable el uso de supervisión.

- **Dar credibilidad, apoyo y protección al menor.** Se ha señalado que aquí comienza la intervención terapéutica. La mayoría de las manifestaciones de los niños/-as sobre ASI son veraces. Cuando los niños se desdichan de afirmaciones anteriores sobre abusos, cosa que hacen a veces, tales desmentidos generalmente se suelen deber a presiones, miedo y tensión (9). Las pocas veces que fabulan lo hacen por presiones de adultos o para denunciar otros problemas familiares (5).

A continuación se señalan algunas recomendaciones de la APSCAN (American Professional Society of Child Abuse and Neglect) -4- :

- Se ha de evaluar el **funcionamiento global del niño** (lenguaje, memoria, etc.) utilizando un lenguaje y un formato de entrevista acorde con su nivel evolutivo. Se ha de entender la psicología del menor en sus diferentes edades, relacionándola con las características de la relación abusiva (seducción, secreto, amenaza, retracción, etc.). Garbarino y colaboradores (10) ofrecen al respecto múltiples recomendaciones de interés.

- La **observación de entrevistas** por parte de profesionales implicados en el caso (fiscales, jueces, servicios de protección infantil, etc.) puede ser aconsejable si reduce la necesidad de entrevistas adicionales. Es recomendable, cuando hay acuerdo por parte del profesional, disponibilidad logística y consideraciones clínicas que lo avalen, la **grabación** en audio o en video de la entrevista. En caso de no grabación se han de detallar en el informe citas textuales de algunas preguntas y respuestas (verbales y no verbales) mas significativas relativas al posible abuso sexual. Tanto si las entrevistas son observadas como si son grabadas el niño ha de ser informado de ello y es deseable obtener el acuerdo escrito de él y de su responsable legal.

- Siempre que sea posible se ha de **entrevistar** primero al cuidador principal para recoger información básica sobre la historia familiar. El niño ha de ser visto individualmente en las primeras entrevistas, salvo cuando se niegue a separarse de su cuidador.

Se recomienda un máximo de seis sesiones para la realización de la evaluación. Si el niño no revela el abuso sexual y el evaluador sigue teniendo sospechas de que éste se ha producido, el niño ha de ser remitido a evaluación mas amplia o a terapia, que son menos directivas, y se ha de recomendar que se le proteja de un posible abuso.

El niño ha de ser preguntado directamente sobre el posible abuso en algún momento de la evaluación. No se debe pedir a un niño que reafirme sus manifestaciones sobre el abuso en presencia de un sujeto acusado de haberlo cometido. El niño ha de tener a su disposición instrumentos para ayudarle a comunicarse: dibujos, juguetes, muñecos, marionetas, etc.

- En los **informes** el evaluador debe referirse directamente a si el abuso ha ocurrido o no, o puede decir que la conducta y manifestaciones verbales de un niño son consistentes o inconsistentes con el abuso. Las opiniones relativas a si el abuso ha ocurrido o no, deben incluir información que los apoye (p.e.: manifestaciones, conducta o síntomas psicológicos del niño y/o del sujeto acusado). Se deben señalar posibles explicaciones alternativas y justificar su exclusión.

PROPUESTA 4:

Al igual que en otros países sería adecuado que desde instituciones (como la Comisión Interdepartamental citada), colegios profesionales o asociaciones de profesionales que trabajan éstos temas, se elaboraran **guías para la evaluación y tratamiento** de estas situaciones **con criterios amplios que faciliten el acuerdo entre profesionales** de un mismo ámbito y de ámbitos diferentes. Este tipo de guías pueden reflejar el consenso sobre la evaluación psico-social de sospechas de abuso sexual infantil manteniendo la flexibilidad para la intervención en cada situación concreta. Algunos de los aspectos que pueden contemplar estas guías son: características del evaluador, componentes de la evaluación, metodología de entrevistas con adultos y niños, conclusiones, informes y terapias.

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Estamos pasando poco a poco de modelos centrados sólo en la separación a otros centrados en la comprensión e intento de recuperación del núcleo convivencial del menor. Nuestra legislación condena al agresor sexual con penas de cárcel no existiendo la alternativa de tratamiento terapéutico. Existen estudios norteamericanos (14) que han mostrado que de las cuatro alternativas penales al delito de abuso sexual: prisión con o sin tratamiento terapéutico, libertad provisional con o sin tratamiento terapéutico, son las opciones que incluyeron tratamiento las que dieron mejores resultados en el cambio de conducta del agresor.

Algunas **premisas**:

- **Parar la dinámica del abuso sexual** y prevenir para que no vuelva a ocurrir. Desvelar el secreto en las mejores condiciones para el menor. Se ha de proteger al menor de todos los intentos de diferentes miembros de la familia para que se

retracte de la situación de abuso divulgada (5). En muy pocos casos se puede lograr que el abusador salga judicialmente o por propia decisión. La situación mas frecuente, en caso de incesto, es que la seguridad del menor (física y psicológica) no pueda ser totalmente garantizada por lo cual se le ha de separar provisionalmente.

- **Todos los miembros de la familia necesitan apoyo y tratamiento.** Un tratamiento intensivo puede ayudar a muchas familias con problemas de abuso y abandono infantil. Hijos y padres necesitan tratamiento tanto separados como juntos. "Las posibilidades terapéuticas de una familia abusiva comienzan y deben mantenerse a través del desarrollo de una situación de crisis que impida a la familia reestructurarse alrededor de la descalificación de la víctima o la minimización o negación de los hechos abusivos. A partir de esa situación de desorden se deben crear las condiciones para un reordenamiento que respete los derechos de cada uno" (5).

- Cualquier comportamiento transgresivo por parte de los **profesionales**, ya sea por un exceso de intervención o por falta de ella, no hace mas que potenciar las fuerzas destructivas y el riesgo de impunidad para los adultos abusadores y maltratantes (5).

A) CLINICO

Los equipos de salud mental suelen trabajar con las "demandas espontáneas", por lo cual pensamos que se han de familiarizar mas con la realización de "tratamientos obligados" a los cuales la familia acude por la presión de los equipos de la Administración pública competente en protección de menores o de los jueces y no tanto porque pidan respuesta a un problema autodefinido por ellos. En estos últimos tratamientos mediante "la redefinición de la naturaleza del contrato terapéutico, la aceptación de la realidad de una terapia sin confianza y el desarrollo de formas de cooperación en ausencia de un acuerdo, es posible asistir a familias y agencias de protección social moviéndonos desde un contexto adverso hacia otro de resolución del problema" (1).

PROPUESTA 5:

La red pública de atención en salud mental infantil y a adultos ha de poder asumir mejor este tipo de tratamientos, aumentando su formación especializada en ASI y siguiendo criterios interdepartamentales (ver propuesta 2).

PROPUESTA 6:

Paralelamente a lo anterior y sin animo de substituir a la red de salud mental, sería interesante la creación, con carácter piloto, de un **Equipo de Prevención y**

Tratamiento terapéutico específico para situaciones de abuso sexual infantil (12, 14).

Además, la creación de éste equipo supondría un avance en cuanto al reconocimiento social del tema, una provisión de ayuda específica para algunas familias, una fuente de aportaciones de técnicas y criterios para el resto de la red de atención a menores, y coordinación de las iniciativas que se pongan en marcha desde diferentes instituciones y entidades. Podría sentar precedentes asumiendo tratamientos indicados por los jueces, y habría de poder ofrecer ayuda a abusadores con penas de prisión y con indicios de recuperabilidad.

B) JUDICIAL/ LEGISLATIVO

Cuanto mas vulnerable sea una persona ante el sistema legal mayores han de ser los mecanismos de salvaguardia para esa persona en su relación con dicho sistema.

PROPUESTA 7:

Los tribunales han de ser un medio adecuado para el testimonio infantil. En esta línea los procedimientos han de dar un trato **mas adecuado a las necesidades, desarrollo del menor, sus sentimientos e intimidad** (por ejemplo: a veces se miran mas las posibles contradicciones de los menores, sin entender a que pueden responder, mas que las de los adultos abusadores).

Los procesos judiciales sobre estos delitos han de ser **ágiles y consecutivos a la denuncia de los hechos**. Se ha señalado la necesidad de mayor especialización, al igual que otros profesionales, de los **jueces de familia** en situaciones de vulneración de derechos de la infancia (12).

PROPUESTA 8:

En la **obtención de pruebas** se ha de prevenir la posibilidad de realizar un maltrato institucional que la propia acción judicial pueda comportar al exigir al niño rememorar la situación de abuso y verse afectado por las sucesivas declaraciones y exploraciones médicas que se le solicitan en la presencia de adultos desconocidos o enfrentándolo con el propio abusador en diligencias de careos. Igualmente, "la agresividad de la defensa del abusador puede reforzar la amenaza y coacción del abusador y provocar la indefensión del menor, lo cual conlleva muchas veces la injusta retirada de los cargos y la negación de los hechos denunciados previamente" (6).

Sería necesario **dotar al ámbito judicial de los recursos técnicos** necesarios, y que éstos fueran utilizados, en general y salvo excepciones, en los procedimientos para impedir victimizar aún mas al menor durante el proceso judicial. Recursos como: salas con espejos unidireccionales, circuitos cerrados

de TV o el propio desplazamiento de jueces o fiscales al lugar donde se encuentre internado el menor (2).

PROPUESTA 9:

Se habría de discutir por los Colegios Profesionales, asociaciones, etc. el **proyecto del nuevo Código Penal**, y el que éste pudiera contemplar la posibilidad de que en determinados casos de ASI (por ejemplo: si no ha sido de mucha gravedad, si ha ocurrido por primera vez, si hay reconocimiento por el abusador, etc.) se pudiera dar **opción** entre un tratamiento obligatorio con libertad provisional o el ingreso en prisión, y en otros casos prisión con tratamiento obligatorio, como se viene haciendo en otros países culturalmente cercanos al nuestro. Mientras tanto se podrían dar casos de jurisprudencia en ese sentido.

Cuando se juzgan casos de abusos habiendo pasado mucho tiempo entre la denuncia y el juicio, como sucede a veces, se podría **valorar de cara a la sentencia**, como en casos similares de personas con toxicomanía que se rehabilitan, **el reconocimiento del delito, el tratamiento realizado y la evolución favorable del mismo** valorada por diferentes peritos, no sólo por los que hayan tratado al abusador y a su núcleo familiar.

La puesta en práctica de éstas propuestas de tratamiento clínico y judicial podría facilitar el aumento de notificaciones al saber el profesional que notifica la situación abusiva la posibilidad real de tratamiento para el agresor.

ESTUDIO, FORMACION Y PREVENCIÓN

PROPUESTA 10:

Realizar en el ámbito de las diferentes Comunidades Autónomas estudios sobre la población infantil atendida con problemas de éste tipo, evaluación de la atención que se dio a estos menores y a sus familias, así como estudios mas detallados que los realizados a nivel estatal sobre incidencia del fenómeno del abuso sexual.

PROPUESTA 11:

Aumentar la oferta formativa sobre abuso sexual infantil para todos los profesionales (educación, salud, salud mental, servicios sociales, policía y justicia) que pueden relacionarse con cierta intensidad con víctimas de ASI y con los adultos de dichas familias. De forma prioritaria se habría de

comenzar por los profesionales de los equipos especializados en infancia y por los que trabajan en centros residenciales de atención a menores.

Paralelamente a la formación, los seis ámbitos profesionales señalados necesitan **intercambiar mas información entre ellos**. Los que trabajamos en la intervención psico-social hemos de conocer mejor el tratamiento legal y judicial, y, a su vez, fiscales, abogados y jueces han de familiarizarse mas con las etapas del desarrollo infantil, las dinámicas relacionales del ASI y las técnicas de exploración mas eficaces.

Hay experiencias interesantes, en varios países desde hace años, de prevención educativa del ASI como para poder valorar los riesgos que pueden tener dichos programas así como para poder evitarlos en gran medida. Los estudios de evaluación de programas de prevención del abuso sexual concluyen que: los niños aprenden los conceptos de prevención que los programas enseñan, saben que tienen derecho a rechazar esas acciones y que lo pueden contar a alguien, ayudando estos programas a que los niños que lo han sufrido o lo están sufriendo lo revelen.

El marco legal de creación de los EAIA hace referencia numerosas veces a la prevención de situaciones de alto riesgo social para los menores. En la actualidad y con la experiencia que han acumulado los EAIA, éstos cuentan con profesionales de diferentes disciplinas preparados para poder impulsar dichas tareas relegadas a un último plano en la actualidad.

En Catalunya no se han elaborado todavía programas, materiales y actividades de prevención del ASI. El programa de Educación para la Salud en la escuela de los departamentos de Ensenyament y de Sanitat de la Generalitat (11) habría de subsanar en el futuro estas significativas ausencias. La **escuela** podría ser el lugar más idóneo para que se desarrollen programas de educación sexual dirigidos a niños, padres y maestros. La reforma educativa ha incluido formalmente la educación sexual en los distintos ciclos educativos. Dentro de ésta se podría tratar sobre cómo evitar el abuso sexual dentro de una visión positiva de la sexualidad: explicando el concepto de abuso sexual, potenciando el respeto al propio cuerpo por parte de los demás, el derecho a decir no a contactos incorrectos, y el saberlo comunicar si ha ocurrido.

PROPUESTA 12:

Los Departamentos de Benestar Social (básicamente a través de los EAIA de la DGAI), Ensenyament y Sanitat pueden impulsar **experiencias piloto de tipo educativo de prevención** del ASI, apoyándolas para que se puedan realizar por las escuelas motivadas con la colaboración de los equipos especializados de cada territorio.

Para finalizar, señalar que "existe el reto de que seamos capaces de plantear este tema con objetividad, serenidad y eficacia, sin perder la riqueza social que supone la interacción abierta y confiada entre los adultos y los niños, y sin volver a interiorizar miedos hacia la sexualidad" (13) que tanto le está costando superar a nuestra cultura.

BIBLIOGRAFIA CITADA

1. ACKERMAN, F. y otros: "El cliente involuntario: evitando la 'terapia-como-si'" Revista Sistemas Familiares, abril 1993, págs. 9-14.
2. ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato): Guía de atención al Maltrato Infantil 1993. 351 págs.
3. ALONSO VAREA, J.M.: "Servicios Sociales Especializados en Infancia" RTS (Revista de Treball Social), nº 132 (1993) págs. 97-108
4. APSCAN (American Professional Society of Child Abuse and Neglect) : "Guías para la evaluación psico-social de sospechas de abuso sexual a niños pequeños". 8 págs. Traducido por AVAIM (Asociación Vasca de Ayuda a la Infancia Maltratada).
5. BARUDY, J.: "Dictaduras familiares, maltrato infantil e incesto" y "El enfoque sistémico del maltrato infantil : una intervención alternativa a la violencia" ambos trabajos publicados en II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada (Vitoria,1991), editado por el Gobierno Vasco 1993, págs. 159-187 y 341-364.
6. CASAL DELS INFANTS DEL RAVAL: Documento presentado a las "Jornades sobre joventut i nova violència urbana". Barcelona 1994.
7. COL.LEGI OFICIAL DE PSICOLEGS: Codi Deontològic. 1989
8. COL.LEGI OFICIAL DE DIPLOMATS EN TREBALL SOCIAL I ASSISTENTS SOCIALS DE CATALUNYA : Codi d'etica dels assistents socials. 1989
9. FINKELHOR, D.: "Abuso sexual: análisis de los conocimientos actuales " y "Evaluación de programas de prevención del abuso sexual: problemas e investigaciones" en II Congreso ... 1993. págs. 205-219 y 401-431.
10. GARBARINO, J. y otros : Lo que nos pueden decir los niños. Mº de Asuntos Sociales. 1993.
11. GENERALITAT DE CATALUNYA. DEP. ENSENYAMENT/ DEP. SANITAT :

Educació per a la salut a l'escola. Orientacions i programes. Barcelona, 1984

12. ID. DEP. BENESTAR SOCIAL: Conclusions de les Jornades sobre la Previsió per al Benestar Social de la Infancia. Barcelona, 1994.

13. LOPEZ, F.: Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1994.

14. NOGUEROL, V.: "Programas de Prevención" en III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. págs. 127-135. Madrid, 1993.

15. SCHECTER, M./ ROBERGE, L. : "Sexual exploitation" en HELFER, R./ KEMPE, C.: Child abuse and neglect. The family and the community. Cambridge Mass. 1976.