



GUARDAR EL SECRETO.

ABUSO SEXUAL INFANTIL Y SALUD MENTAL

Keeping the Secret. Childhood Sexual Abuse and Mental Health

JAVIER ERRO PÉREZ

javiererro.psicologia@gmail.com

Psicólogo y coordinador del colectivo GAM Valencia. Autor de “Saldremos de esta. Guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis” (Biblioteca Social Hermanos Quero, 2016). Interesado en los activismos en salud mental y en la psicología desde una perspectiva crítica.

RECIBIDO: 26 DE JULIO DE 2017

Resumen: En este artículo se revisará la epidemiología del abuso sexual infantil, así como el impacto que tiene sobre la salud mental de la persona. Se analizarán mecanismos de invisibilización que permiten que, pese a que se dé en grandes porcentajes de la población y a que haya sido relacionado con problemas de salud mental, continúe sin producirse una respuesta proporcional a nivel social. Por último, se propondrán una serie de pautas acerca del papel que pueden jugar los profesionales de la salud mental en este campo.

PALABRAS CLAVE: Abuso sexual infantil, salud mental, trauma, revisión crítica.

ACEPTADO: 8 DE NOVIEMBRE DE 2017

Abstract: In this article, the epidemiology of childhood sexual abuse and its impact on the mental health will be reviewed. Invisibilization mechanisms, which allow society for not giving a proportional response despite that child sexual abuse is happening in a big percentage of population and that it has been related to mental health problems, will be reviewed. Finally, reflections about mental health professionals role in this field will be discussed.

KEYWORDS: Childhood sexual abuse, mental health, trauma, critical review.

Erro Pérez, Javier.

“Guardar el secreto. Abuso sexual infantil y salud mental”
Kamchatka. Revista de análisis cultural 10 (Diciembre 2017): 379-393.
DOI: 10.7203/KAM. 10.10565 ISSN: 2340-1869

INTRODUCCIÓN

Judith L. Herman, en su libro *Trauma and Recovery* (1992), repasa diferentes momentos clave en la historia de la investigación sobre el trauma. El primer momento que describe es el del estudio sobre la histeria, en el cual estuvieron involucrados una serie de investigadores. Uno de estos investigadores fue Sigmund Freud y de esta época surge el libro *Estudios sobre la histeria*, una recopilación de casos de pacientes tanto de Freud como de su colega Breuer. La teoría que propusieron estos investigadores fue la de que la histeria tenía sus orígenes en experiencias traumáticas durante la infancia, especialmente abusos sexuales. La “charla curativa”, también conocida como método catártico, los inicios primitivos de la psicoterapia como la entendemos hoy en día, no era sino el relatar y reconstruir junto a la persona histérica los abusos sufridos. De este modo, los síntomas se mitigaban.

Hemos hallado, en efecto, y para sorpresa nuestra, al principio, que los distintos síntomas histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante, y describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto (Freud y Breuer, 1993: 43).

Pero Freud y Breuer no consiguieron reconocimiento y prestigio por esta teoría, al contrario. A pesar de que los escritores avisaban en el prólogo: “*hemos tenido que excluir de esta publicación las observaciones más crudamente sexuales*” (39), su teoría suponía asumir que los abusos sexuales a menores, concretamente a niñas, no eran la excepción sino la norma. Si esto era cierto, era necesario replantearse una buena parte de la estructura social, por lo que se acabó imponiendo la opinión de que no lo era. Dejado de lado y abandonado por sus colegas de profesión, Freud dio una nueva vuelta a su teoría pocos meses después de publicar el libro, pasando a formular que las mujeres con histeria no solo no habían sufrido abusos sexuales, sino que cuando eran pequeñas fantaseaban con ser abusadas y la represión de dicho deseo era responsable de los síntomas histéricos en la adultez. Se piensa que una gran influencia en esta nueva perspectiva vino de Wilhelm Fliess, íntimo amigo suyo y otorrinolaringólogo controvertido por sus extravagantes teorías. Por las fechas en que Freud dudaba de la evidencia de que muchos niños y niñas estaban siendo abusadas, abusaba sexualmente de su propio hijo, Robert Fliess, futuro psicoanalista (Miller, 1991: 56).

En este trabajo se hablará, concretamente, del abuso sexual infantil y la problemática en salud mental. Como veremos, tienen una relación tan sólida y comprobada como ignorada. La investigación en este campo no se ha utilizado para mejorar la efectividad de los profesionales de la salud mental, ni tampoco para abordar el problema socialmente. Esto ha llevado a que se encuentren mitos muy extendidos, que van desde minimizar o exagerar las consecuencias, a justificar al perpetrador, pasando por asumir que los niños y niñas consienten tener relaciones sexuales, o que es más traumático para las niñas que para los niños (Cromer y Goldsmith, 2010). La historia de Freud parece anecdótica, pero no lo es. La investigación sobre el trauma sufre el mismo destino que el de los propios traumas: invisibilización y olvido, está presente y ausente al mismo tiempo. La sociedad no

quiere, ni puede, admitir que está amparando prácticas traumáticas en sus propias estructuras, por lo que los mecanismos de defensa los establecerá, no contra el abuso, sino contra la evidencia de que sucede y sus consecuencias. Se revisarán algunos de los mecanismos de invisibilización que permiten seguir guardando el secreto.

EXTENSIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

La conclusión a la que llegaron en primera instancia Freud y Breuer, y que decidieron obviar más adelante, podría seguir siendo válida con algunos matices en la actualidad. Sin embargo, todas las cifras que mencionaremos a continuación deben ser tomadas con precaución. No existe un consenso respecto a qué es, y qué no es, abuso sexual infantil. Es muy complicado obtener datos fiables sobre ello, ya que los testimonios suelen ser inconsistentes (Langeland et al, 2015), existe miedo al rechazo del entorno cercano y a represalias por parte del agresor (Pereda, 2016). Además, en alguno de los estudios revisados para este apartado se señala que las cifras no muestran la gran cantidad de falsos negativos, mientras que otros solo contabilizan abuso sexual con penetración o sexo oral. Resulta muy difícil encontrar estudios sin ninguna de estas dificultades.

ABUSO SEXUAL INFANTIL EN EL MUNDO

En un metaanálisis con estudios de varios países, se encontró que el 19,7% de las mujeres habían sido abusadas sexualmente durante la infancia, frente a un 7,9% de hombres. Sin embargo, los propios autores plantean que la extrema heterogeneidad de los países y de las muestras deben llevarnos a tomar estos resultados con cautela. Así, explican que las cifras de los países donde existe mayor porcentaje de abuso sexual infantil (como Marruecos o Sudáfrica) pueden deberse a que hayan, efectivamente, más abusos sexuales a menores, pero también a que se acepte mucho más el contar este tipo de experiencias sin sentir incomodidad. Por su parte, los países europeos son los que menos porcentaje presentan, y puede explicarse porque se dé en menores proporciones o porque se refleje en los datos el miedo de la víctima al rechazo (Pereda et al, 2009). Otro metaanálisis, en el que los 331 estudios analizados sumaba una muestra de casi diez millones de personas, se encontró que 180 de cada 1000 mujeres habían sufrido abuso sexual infantil, frente a 76 de cada 1000 hombres. Es decir, el 18% y el 7,6%, respectivamente. Es una constante que las mujeres relaten haber sido abusadas sexualmente en la infancia en mayores proporciones que los hombres (Stoltenborgh et al, 2011).

ABUSO SEXUAL INFANTIL EN ESPAÑA

En un estudio realizado en España, con una muestra formada por 1.105 estudiantes de diversos centros educativos, se observó que el 8,8% había sufrido algún tipo de abuso sexual, la mayor parte de las cuales eran mujeres. No hubieron diferencias respecto a etnia o nivel socioeconómico de las familias. También es importante tener en cuenta que existían abusos sexuales

por parte de otros menores de edad (parejas, compañeros de clase, hermanos, etc.) (Pereda, 2009). Otro estudio evaluó abuso sexual infantil en una muestra de estudiantes de la Universidad de Granada: 87 de las 993 mujeres y 7 de los 169 hombres afirmaban haber sido víctimas (Cantón y Justicia, 2008). Otra muestra universitaria, esta vez de Barcelona, observó que el 15,5% de las personas de sexo masculino y el 19% de las personas de sexo femenino habían sido abusadas sexualmente en la infancia (Pereda y Forn, 2007).

Como se puede observar, estos datos son difíciles de interpretar. Sin embargo, lo importante no es saber la cifra exacta, sino aproximarse a la magnitud del problema. Por otro lado, hay que tener en cuenta que algunos colectivos están especialmente desprotegidos. A modo de ejemplo, los menores con diversidad funcional sufren mayor porcentaje de abuso sexual, concretamente tienen 2,88 veces más probabilidades de ser abusados sexualmente y 3,56 de ser maltratados (Jones et al, 2012). A pesar de ello, se suelen excluir de los estudios (Collishaw et al, 2007). También los menores migrantes son más vulnerables al abuso sexual, principalmente durante el trayecto de un país a otro (McLeigh, 2013).

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD MENTAL DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Las consecuencias, a nivel psicológico, del abuso sexual infantil pueden ser desde muy severas a prácticamente inexistentes. Un metaanálisis, con una muestra total de 2017 personas diagnosticadas de psicosis o esquizofrenia, encontró que el 26% relataba abuso sexual infantil, el 39% maltrato infantil y el 34% abuso emocional infantil (Bonoldi et al, 2013). En otro estudio se observó que las personas con el mismo diagnóstico tienen 2,72 veces más probabilidades de haber sufrido adversidad infantil. Es importante resaltar que la adversidad infantil refiere una amplia gama de situaciones desfavorables, tales como abuso sexual, maltrato físico, muerte del padre o madre, divorcio, abandono, maltrato emocional, etc. (Varese et al, 2012).

También se ha observado que las personas que han sufrido abuso sexual infantil tienen 3,73 veces más probabilidades de hospitalización psiquiátrica y, si han sido revictimizadas, la cifra asciende a 7,54 veces (Kee-Lee, 2012). Otro estudio analizó una muestra de 3.407 personas diagnosticadas de trastorno bipolar: el 24% habían sufrido abusos sexuales en la infancia, una cifra que el propio autor del estudio señala que seguramente esté regulada a la baja (Maniglio, 2013).

En otro estudio se observó que de las mujeres de la muestra con depresión, el 39% manifestaban haber sido abusadas sexualmente en la infancia, mientras que en los hombres con depresión lo manifestaban en un 30%. Similares cifras se pudieron encontrar para Trastorno de Estrés Postraumático (Molnar et al, 2001).

Respecto a la maternidad, las madres supervivientes a abusos sexuales durante la infancia relatan dificultades para, entre otras cosas: establecer los roles de cuidadora-cuidado (en ocasiones invirtiéndolos), dificultades para no sobreproteger ni desatender a sus hijos, dificultades a la hora de establecer qué son unos límites excesivos o una carencia de los mismos y dificultades para manejar el enfado. Además se ha observado que los hijos e hijas de mujeres abusadas sexualmente en la infancia

tienen más probabilidades de ser abusadas sexualmente (O'Dougherty, 2012).

No se ha encontrado investigación reseñable sobre hombres abusados sexualmente en la infancia y paternidad. Este sesgo de género de la investigación se puede atribuir a una percepción desigual de la parentalidad, a la histórica percepción de la mujer como objeto de estudio, a la consideración del hombre como menos influenciado por las adversidades, o a la suma de todas ellas. Además, este vacío dejado por el sesgo de género puede estar ralentizando actuaciones efectivas frente al abuso sexual infantil, ya que, pese a que un pequeño porcentaje de los abusos son realizados por mujeres (Tsopeles et al, 2012), la gran mayoría son realizados por parte de personas de sexo masculino, especialmente padres biológicos o padrastros (Zagrodney y Cummings, 2016).

Respecto a las relaciones sexuales en la edad adulta, algunas de las consecuencias más destacadas son que las personas victimizadas empiezan a mantener relaciones sexuales consensuadas antes, tienden a tener sexo con mayor cantidad de personas, tienen mayores tasas de embarazos no deseados y utilizan menos métodos anticonceptivos y de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual. Además, tienen más probabilidades de volver a ser abusadas sexualmente, tanto en la adolescencia como en la edad adulta. Todas estas consecuencias sobre la sexualidad se daban en mayor proporción en mujeres que en hombres (Lalor y McElvaney, 2010).

Es importante matizar que un porcentaje de las personas abusadas sexualmente en la infancia no sufren estas consecuencias. En un estudio, de 500 adolescentes, el 10% habían sufrido abuso sexual infantil, de los cuales el 44,5% no sufrió consecuencias a nivel de salud mental. Un entorno familiar y social seguro, con el que el niño o niña se sintiese conectado, prevenían su aparición (Collishaw et al, 2007).

Esta es solamente una breve revisión de la investigación. Hay que tener en cuenta que no todos los abusos sexuales son iguales, y existen diferentes tipos de prácticas que pueden llevar a diferentes consecuencias. Por ejemplo, cuando un grupo de adultos se organiza para abusar sexualmente de menores, las consecuencias tienden a ser más severas (Salter y Richters, 2012). Por otra parte, la investigación estudia las consecuencias revisadas aquí por categorías diagnósticas, sin embargo, no se debe olvidar que estas clasificaciones no hacen sino esconder las consecuencias que quedan fuera de los diagnósticos.

MECANISMOS DE INVISIBILIZACIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL

Las elevadas cifras mostradas contrastan con la poca atención que recibe este problema, no solo en los medios sino también por parte de las instituciones sanitarias globales y locales. Los datos expuestos son públicos, pero el hecho de que sean accesibles no ha llevado a una visibilidad ni a una indignación acordes. Ganar visibilidad ha sido un objetivo constante de muchos movimientos sociales, desde las manifestaciones contra la violencia machista en España (Ferrer y Bosch, 2007), donde se leen los nombres de mujeres asesinadas, a los funerales públicos de personas muertas por SIDA realizados por ACT UP en Nueva York (Hubbard y Schulman, 2012). En ambos casos, se trata de mostrar cómo los muertos y las muertas eran personas reales y no meras cifras. Asesinatos y no

fallecimientos. Pero el punto en el que pasaron de lo invisible a lo visible fue cuando pasaron de lo individual a lo colectivo, de lo privado a lo público. Una vez que esta barrera se traspasa, el problema puede ser abordado de forma más compleja.

Si estas informaciones fueran masivamente conocidas, se deberían repensar muchos esquemas sobre los que se asientan nuestras estructuras sociales. Supondría repensar la familia como única estructura saludable para el crecimiento, el espacio privado como lugar más seguro que el espacio público, la edad adulta como moderación o las escuelas como institución segura. Esto lleva a plantearse cuáles son los mecanismos sociales de invisibilización que permiten que el abuso sexual infantil solamente tenga consecuencias a nivel individual, como las que hemos observado anteriormente. A continuación, se mencionan solo algunos ejemplos. No aspiramos a realizar, aquí, una exposición exhaustiva.

LAS DIFICULTADES DE RELATAR

Una de las principales características del trauma es que debe ser contado, sacado a la luz, pero al mismo tiempo no puede contarse debido a que se piensa que no va a ser acogido con comprensión. Este silencio obligatorio, en ocasiones provocado por las amenazas del agresor, entra en contradicción con la necesidad de relatar lo sucedido, sea para proteger a otras posibles víctimas, para arreglar cuentas o para sentirse emocionalmente más protegido. El proceso que la persona tiene que pasar para poder contar un evento traumático es más doloroso de lo que se tiende a creer, supone relatarlo muchas veces, luchar contra los síntomas que pueden emerger, lidiar con un amplio rango de emociones complicadas y una larga lista de dificultades adicionales (Herman, 1992).

Además de estas dificultades, existen numerosas barreras a la hora de revelar que se ha sufrido abusos sexuales en la infancia. A través de entrevistas con 67 personas victimizadas, un estudio dividió estas barreras en tres bloques: 1) barreras internas (auto culpabilización, mecanismos de protección e inmadurez en el momento en que ocurrió el abuso), 2) barreras en relación a otros (violencia familiar, dinámicas de poder, percepción del impacto que supondría contarle y red social frágil) y 3) barreras en relación a la sociedad (etiquetamiento, tabúes sexuales, falta de disponibilidad de servicios, cultura y época histórica) (Collin-Vézina, 2015).

Por tanto, estas dificultades propias de relatar, muchas de ellas relacionadas con el miedo y con la falta de un entorno comprensivo, estarán manteniendo en secreto muchos de los traumas acontecidos. Sería interesante reflexionar hasta qué punto estas dificultades son individuales, o son impuestas por la sociedad, ya que las medidas a tomar serían muy diferentes.

MEMORIA INDIVIDUAL Y MEMORIA COLECTIVA

El relato se encuentra más o menos consciente, se conoce más o menos sobre lo que ocurrió (una característica habitual es que son difíciles de recordar con claridad) y hay mayor o menor implicación emocional al relatarlo. La memoria del trauma siempre es dolorosa, controvertida y

habitualmente puesta en duda. De esta memoria individual, frágil *per se*, poco o nada llega a la memoria colectiva. Más aún, en muchas ocasiones el trauma se procesa y rememora en soledad. Este mecanismo de invisibilización de lo traumático cumple la función de proteger a la sociedad de una verdad dolorosa. Estos círculos de silencio suceden con todo tipo de traumas, como los de las guerras, el acoso escolar, el maltrato infantil o la violencia machista. Esta desmemoria colectiva evita que se realice un aprendizaje. Inevitablemente, aquello que la sociedad no se permite recordar volverá de nuevo, al considerar curada una herida que no lo está. En el caso del abuso sexual infantil estamos hablando de miles de heridas olvidadas y que se vuelven a repetir generación tras generación puesto que no se tienen en cuenta (Valverde, 2014).

Un ejemplo de cómo se realiza este trasvase de la memoria individual a la memoria colectiva lo podemos encontrar en *Trauma and Recovery* (Herman, 1992), donde la autora relata cómo psicólogas feministas de Estados Unidos, en los años 70, empezaron a permitir que emergiesen estos relatos de mujeres que habían sufrido violencia sexual, y apoyaron las consecuentes denuncias y movilizaciones. Esto permitió crear una infraestructura que funcionaría como referente para la próxima generación, que ya sabría la existencia de esta problemática. El feminismo permitió que esto fuese posible, y permite que hoy en día siga siéndolo. Cabe preguntarse: ¿Cómo sería este trasvase de la memoria individual a la memoria colectiva en otro tipo de traumas? ¿Qué consecuencias tendrían?

UNA EXPLICACIÓN INSUFICIENTE

Existe la creencia de que las personas que han sido abusadas sexualmente de pequeñas, abusarán sexualmente cuando sean adultas. Especialmente los hombres. Los datos, en realidad, señalan que esto explica un porcentaje del abuso infantil, pero no todo (Forsman, 2012). Un estudio observó que el 37% de la muestra, compuesta por sujetos que habían cometido abuso sexual infantil, habían sido abusados sexualmente de niños (Webb, Craissati y Keen, 2007). Otro estudio señaló que un 45% de su muestra relataba abusos sexuales en la infancia, aunque no diferenciaba entre abusadores sexuales a menores y violadores (Smallbone, 2003). Pese a tratarse de un razonamiento muy extendido, no ha habido apenas investigación. Es muy difícil encontrar datos al respecto, y todavía más estudios específicos.

En definitiva, pese a que hace falta más investigación para poder confirmarlo, la creencia de que el abuso sufrido se repetirá explica un porcentaje de los abusos sexuales infantiles, pero deja entre interrogantes una gran parte de los mismos. Parece que este porcentaje restante se podría comprender si se incluyesen otros factores, ampliando la perspectiva. La fe en que esta creencia de la repetición del abuso es una explicación a la totalidad del problema estará actuando como un mecanismo de invisibilización, al prevenir modelos más completos y complejos. También es una manera de aislar un círculo vicioso en el que la mayor parte de personas no se sienten involucradas, dificultando, así, que deje de considerarse como la perversión de unos pocos hombres traumatizados y pase a considerarse un problema social.

REFERENTES CULTURALES, CUERPOS VIOLADOS

Roman Polanski mantuvo relaciones sexuales con una adolescente. Poco después grabó su celebre película *Tess*, protagonizada por Natassja Kinski, que fue abusada sexualmente de pequeña por su padre Klauss Kinski, conocido actor de cine. Esta película representa a una adolescente forzada a mantener relaciones sexuales con un hombre poderoso. El cuerpo de Natassja Kinski fue mitificado sexualmente y a los 15 años realizaba su primer desnudo en la gran pantalla, seguido de muchos otros. Años después señalaría que fue manipulada y que no era consciente de lo que hacía.

Woody Allen, acusado de abusar sexualmente a su hija mediante una carta publicada por ella misma en el New York Times, fue arrojado por el mundo de la cultura y finalmente no sufrió consecuencias. Sin embargo, se separó de su mujer Mia Farrow para casarse con su hija adoptiva de 20 años. Mia Farrow descubrió fotos de cuando su hija adoptiva era menor, desnuda. Pocas personas dudaron de Woody Allen sin más criterio que la simpatía de sus películas, prácticamente todo el mundo dudó del testimonio de su hija.

La cantante Madonna fue amenazada con una navaja y violada cuando tenía 18 años. Tim Roth fue abusado sexualmente por su abuelo, el cual también violaba a su padre cuando era pequeño. Dirigió la película *The War Zone* cuyo argumento versa sobre abusos sexuales. Pamela Anderson fue abusada sexualmente por su niñera a los 6 años y más adelante, con 12 años, por un hombre de 25 años. La hermana de Britney Spears declaró que ella y su hermana habían sido violadas de niñas por un miembro cercano de la familia. El guitarrista Carlos Santana fue violado numerosas veces entre los 12 y los 14 años. El cantante de Guns n' Roses, Axl Rose, fue violado por su padre a los 2 años y su padrastro le pegaba. La cantante Alanis Morissette fue violada en la adolescencia. Actrices porno como Shelley Llubén, Jenna Jameson o Tracy Lords, también relatan abusos sexuales a cortas edades.

Todos estos nombres son personas con las que en mayor o menor medida, la sociedad convive a través de la cultura. Cuerpos muy visibles que fueron abusados. La sobrevisibilización puede actuar, entonces, como un mecanismo de invisibilización, al disimularse en aquellas personas sobre las que el público cree que lo sabe todo. El trauma permanece escondido a la atención de las cámaras, pasando desapercibido, y al pasar desapercibido, se perpetúa.

DESLOCALIZAR EL ABUSO: PORNOGRAFÍA, TURISMO SEXUAL Y PROSTITUCIÓN

En España son detenidas alrededor de 400 personas al año por pornografía infantil (según datos del INE). Para valorar adecuadamente esta cifra hay que tener en cuenta que la mayor parte de la pornografía infantil permanece oculta, por lo que habría que multiplicar esta cifra si quisiésemos averiguar la cifra real de consumidores de este tipo de pornografía. Los datos de pornografía infantil indican que, de alguna u otra manera, está presente un deseo latente. Si bien puede que este deseo no se realice abusando directamente menores, para que se produzca material pornográfico de menores hacen falta menores que sean abusados sexualmente. Por tanto, podemos decir que la pornografía infantil indica un deseo más o menos extendido, distanciado de sus consecuencias, pero

produciéndolas igualmente.

Por otra parte, según datos de la ONG Save the Children, los países europeos son los que más practican turismo sexual con menores y España está entre los primeros de la lista. Entre 30.000 y 35.000 españoles viajaron el año 2001 a Latinoamérica con este fin. Además, 5.000 niños y niñas están implicados en tramas de prostitución infantil en España (El País, 2004). Por último, según una encuesta de UNICEF (2006) en España, el 9,3% de los encuestados afirmaban que conocían a personas que habían manifestado explícitamente haber realizado turismo sexual con menores.

Tanto en el caso de la pornografía infantil como del turismo sexual infantil, se trata de desplazar las consecuencias inmediatas a otro lugar. Suponen mecanismos de invisibilización, puesto que previenen que se tomen medidas adecuadas, suponen un tipo de abuso infantil más tolerado y da la sensación de que el problema se encuentra en un territorio desconocido. Es más fácil aceptar que una niña sin recursos, de un país destino de turismo sexual, sea abusada sexualmente, que el hecho de que lo sea un niño de clase media de un país occidental. Los niveles de indignación están relacionados con cuestiones de género, país de origen y pobreza.

INVISIBILIZACIÓN POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Cada día cientos de personas se presentan en consultas u hospitales con problemas de sueño, problemas emocionales, recuerdos traumáticos, problemas sexuales, depresión, ansiedad, alucinaciones o delirios. Como hemos visto anteriormente, una parte significativa de esas personas han sido abusadas sexualmente en la infancia y no se está teniendo en cuenta por parte de los profesionales de la salud mental. No se pregunta, pese a que las estadísticas indican que puede ser lo más apropiado (Read y Fraser, 1998).

Una explicación puede ser que el abuso sexual infantil no forma parte del discurso dominante en el campo de la salud mental. Actualmente, las disciplinas que sustentan el sistema de salud mental han desarrollado un modelo de enfermedad basado principalmente en los desequilibrios químicos del cerebro. Los abusos sexuales infantiles no pueden encajar, por su propia naturaleza, en este discurso, puesto que estaría sugiriendo que el sufrimiento psíquico es consecuencia de experiencias vitales y de la interacción del sujeto con la sociedad.

En este sentido, mediante este discurso de enfermedad individual, se posiciona el campo de la salud mental fuera de los factores sociales. Esta circunstancia genera que cientos de situaciones nocivas para la salud mental, que solamente se pueden empezar a detectar a través de reflexionar sobre el contexto social, pasen desapercibidas. El abuso sexual infantil no es una excepción, ya que lo se encuentra relacionado con factores como el poder y la autoridad que otorga la propia jerarquía social (Roberts y Vanstone, 2014) o la cultura de la violación, entendida como un entorno que normaliza y permite la violación a través de productos culturales, publicitarios, etc. (Canan et al, 2016). Otros ejemplos podrían ser una determinada forma de entender la sexualidad, la priorización de los deseos individuales, el abuso de poder, la sexualización infantil, la pornografía y las redes

sociales, entre otras. Todos ellos factores fuera del foco de los debates actuales de los profesionales de la salud mental.

También se debe tener en cuenta que el término “abuso infantil” engloba aspectos que solo tienen en común lo infantil, ya que el abuso puede ser de muchos tipos (maltrato físico, abuso sexual, negligencia, maltrato psicológico, etc.). La propia amplitud del concepto protege a la sociedad de horrorizarse, permite dejar de hablar de palizas, de sexo vaginal, oral o anal, de quemaduras, de insultos, de cortes o de pelo arrancado. También evita que se hable de tocamientos, de comentarios subidos de tono, de sonrisas, de un acercamiento excesivo o de las miradas indiscretas. El concepto de “abuso infantil” uniformiza el significado propio de cada una de estas prácticas, las vacía de contenido y las difumina, desde las más severas a las más extendidas. Esto disminuye la alarma social y legitima el no tomar medidas.

Por último, existen numerosos organismos que elaboran guías de recomendaciones para los profesionales que atienden a personas con diversos tipos de sufrimiento psíquico. En España, el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Sanidad elaboran las Guías de Práctica Clínica. Pese a que los profesionales no están obligados a cumplirlas, ni tampoco son las únicas, estas guías tienden a sintetizar las investigaciones y a reflejar el discurso predominante. A modo de ejemplo, en la guía de depresión, se realiza una breve mención a que “la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014: 37). Lo mismo sucede en la guía dedicada a esquizofrenia (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009) y en la dedicada a trastorno bipolar (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Bipolar, 2012). En ningún caso se apremia a tener en cuenta el abuso sexual infantil de cara a la asistencia.

Este tipo de guías recopilan medidas que los estudios han demostrado útiles para reducir los síntomas, copiando el modelo de la Medicina Basada en la Evidencia. Pero al limitar las acciones a la reducción de síntomas, se restringe el campo de acción de profesionales y personas con sufrimiento psíquico a lo meramente individual. Esto reduce las probabilidades de que la persona que fue abusada sexualmente en la infancia se encuentre cómoda a la hora de relatarlo ante o a los terapeutas, impidiendo así la toma de medidas para que esta persona pueda visibilizar lo sucedido a su entorno y se vayan desencadenando tomas de conciencia colectiva al respecto.

Desde el punto de vista individual, el proceso de mejora de las personas adultas que sufrieron abuso sexual infantil no está relacionado, según ellas mismas, con unas terapias más que con otras. Estas fueron las conclusiones sacadas de una veintena de estudios cualitativos, es decir, que estaban basados en la experiencia propia de las personas que habían pasado por abuso sexual infantil y que señalaban que el factor que más les ayudó fue comprender la experiencia traumática, independientemente de la orientación terapéutica del profesional (Parry y Simpson, 2016). Esta idea tampoco encaja en el discurso predominante.

UNA VISIBILIDAD DISTINTA

Freud elaboró una teoría que chocó contra la sociedad de su tiempo, hasta el punto de que le hicieron dudar de su propia visión. La investigación señala que, en términos generales, iba por buen camino: los abusos sexuales infantiles están asociados al sufrimiento psíquico. Sin embargo, no tiene sentido reducirlo todo a las teorías del primer Freud debido a que todo ha cambiado. Hay que tener en cuenta que tener en consideración la infancia no tiene porque equivaler a restringirse a un enfoque psicoanalítico, máxime cuando ya hemos visto que lo importante en el proceso de recuperación del abuso sexual infantil, para las propias víctimas, no es el enfoque terapéutico. Tener una perspectiva lo más amplia posible, incluyendo los factores sociales en juego, es la única posibilidad de no volver a caer en el reduccionismo.

Es evidente que los profesionales no son la única puerta de salida para los relatos del trauma, sin embargo, es una de las principales y eso les confiere una cierta responsabilidad. Sin embargo, del mismo modo que no podemos imaginarnos a policías hablando en nombre de las mujeres maltratadas, o a médicos hablando por las personas con VIH, no debemos imaginarnos a terapeutas hablando y ocupando el espacio que deberían ocupar las personas que fueron abusadas sexualmente en la infancia. Esto los mantendría en una posición de subordinación y silencio. Antes bien, habría que preguntarse: ¿Quieren visibilizar el problema las personas victimizadas? ¿Es visibilizar lo que quieren, o tienen otras prioridades? ¿Cómo averiguar qué es lo que quieren visibilizar? ¿Cómo visibilizar? ¿Qué papel deben jugar los profesionales de la salud mental en esta visibilización?

Presentarse como una víctima en una sociedad que premia el éxito está lleno de complicaciones, supone posicionarse desde la vulnerabilidad. Contar al resto de personas la propia condición de víctima de abuso sexual infantil entra en contradicción con el paradigma predominante que considera los problemas como una cuestión privada y en el que cada uno debe solucionarlos por sus propios medios (Bauman, 2004: 39). Un relato de abuso sexual infantil, sobretodo si es un relato consciente de su vertiente social, puede ser acogido como otro de tantos relatos “victimistas” de un sector de la población que quiere reivindicar algo. Como tantos otros.

Esto supone que las personas que se atreven a relatar lo sucedido, muchas veces, se van a encontrar solas. Quizás el papel de los terapeutas pueda ser el acompañar en este proceso, pero también el de buscar alianzas en colectivo. Será necesario, entonces, plantearse cómo crear estas alianzas y cómo promover el apoyo del entorno a la persona. Después, la decisión sobre si convertirlo en un problema colectivo, o de cómo hacerlo, le corresponderá a ella.

BIBLIOGRAFÍA

- BAUMAN, Zygmunt (2004). *Modernidad Líquida*. Argentina: Fondo de Cultura Económico.
- BONOLDI, Ilaria; SIMEONE, Ercole; ROCCHETTI, Matteo; CODJOE, Louisa; ROSSI, Giorgio; GAMBÌ, Francesco; BALOTTIN, Umberto; CAVERZASI, Edgardo; POLITI, Pierluigi; FUSAR-POLI, Paolo. "Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies". *Psychiatry Research* 210(1) (2013): 8-15. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.05.003.
- CANAN, Sasha N., JOZKOWSKI, Kristen N., CRAWFORD, Brandon L. "Sexual Assault Supportive Attitudes: Rape Myth Acceptance and Token Resistance in Greek and Non-Greek College Students From Two University Samples in the United States". *Journal of Interpersonal Violence* (2016). DOI: 10.1177/0886260516636064.
- CANTÓN, David y JUSTICIA, Fernando. "Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo". *Psicothema* 20 (4) (2008): 509-515.
- COLLISHAW, Stephan; PICKLES, Andrew; MESSER, Julie; RUTTER, Michael; SHEARER, Christina; MAUGHAN, Barbara. "Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample". *Child Abuse and Neglect* 31(3) (2007): 211-29. DOI: 10.1016/j.chiabu.2007.02.004.
- COLLIN-VÉZINA, Delphine y DE LA SABLONNIÈRE-GRIFFIN, Mireille; PALMER, Andrea; MILNE, Lise. "A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse". *Child Abuse and Neglect* 43 (2015): 123-134. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.03.010.
- CROMER, Lisa DeMarni y GOLDSMITH, Rachel E. "Child Sexual Abuse Myths: Attitudes, Beliefs, and Individual Differences". *Journal of Child Sexual Abuse* 19(6) (2010):618-647. DOI: 10.1080/10538712.2010.522493.
- EFE, *EL PAÍS* (2004). "Más de 30.000 españoles viajaron a Latinoamérica por turismo sexual con menores en 2001". (Consultado 2017).
- FERRER, Victoria A. y BOSCH, Esperanza. "El papel del movimiento feminista en la consideración social de la violencia contra las mujeres: el caso de España" *Mujeres en Red* (2007). (Consultado 2017).
- FORSMAN, Mats y LÅNGSTRÖM, Niklas. "Child maltreatment and adult violent offending: population-based twin study addressing the 'cycle of violence' hypothesis". *Psychological Medicine* 42(9) (2012): 1977-1983. DOI: 10.1017/S0033291711003060.
- FREUD, Sigmund y BREUER, Josef. (1993). *Estudios sobre la histeria*. Argentina: Orbis.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL

- ADULTO (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t).
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA ESQUIZOFRENIA Y EL TRASTORNO PSICÓTICO INCIPIENTE (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE TRASTORNO BIPOLAR (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- HERMAN, Judith L. (1992). *Trauma and recovery: from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- HUBBARD, Jim y SARAH, Schulman (2012). *United in Anger: A History of ACT UP*, Estados Unidos: Hubbard y Schulman.
- JONES, Lisa; BELLIS, Mark A.; WOOD, Sara; HUGHES, Karen; MCCOY, Ellie; ECKLEY, Lindsay; BATES, Geoff; MIKTON, Christopher; SHAKESPEARE, Tom; OFFICER, Alana. "Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies". *The Lancet* 380(9845) (2012): 899-907. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60692-8.
- KEE-LEE, Chou. "Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorders in Middle-Aged and Older Adults: Evidende from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey". *Journal of Clinical Psychiatry* 73 (11) (2012): e1365-e1371. DOI: 10.4088/JCP.12m07946.
- LALOR, Kevin y McELVANEY, Rosaleen. "Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high-risk sexual behavior, and prevention/treatment programs". *Trauma Violence and Abuse* 11(4) (2010): 159-77. DOI: 10.1177/1524838010378299.
- LANGELAND, Willemien; SMIT, Jan H.; MERCKELBACH, Harald; DE VRIES, Gerard; HOOGENDOORN, Adriaan W.; DRAIJER, Nel. "Inconsistent retrospective self-reports of childhood sexual abuse and their correlates in the general population". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50 (4) (2015): 603-612. DOI: 10.1007/s00127-014-0986-x.
- MANIGLIO, Roberto. "Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: a systematic review". *Clinical Psychology Review* 33 (4) (2013): 561-573. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.03.002.
- MÁRQUEZ-FLORES, Maria Mercedes; MÁRQUEZ-HERNÁNDEZ, Verónica V.; GRANADOS-GÁMEZ, Genoveva. "Teachers' Knowledge and Beliefs About Child Sexual Abuse". *Journal of Child*

- Sexual Abuse* 25 (5) (2016): 538-555. DOI: 10.1080/10538712.2016.1189474.
- MILLER, Alice. (1991) *Banished Knowledge. Facing Childhood Injuries*. London: Virago Press.
- MCLEIGH, Jill D. "Protecting Children in the Context of International Migration: children in migration require greater protection from violence, exploitation, and discrimination". *Child Abuse and Neglect* 37(12), (2013): 1056-68. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.10.011
- MOLNA, Beth E.; BUKA, Stephen L.; KESSLER, Ronald C. "Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey". *American Journal of Public Health* 91(5) (2001): 753-760.
- NEGREDO, Laura y HERRERO, Óscar. "Pornografía infantil en Internet". *Papeles del Psicólogo* 37 (2016): 217-223.
- O'DOUGHERTY WRIGHT, Margaret; FOPMA-LOY, Joan; OBERLE, KATHERINE. "In their own words: the experience of mothering as a survivor of childhood sexual abuse". *Development and Psychopathology* 24(2) (2012): 537-552. DOI: 10.1017/S0954579412000144.
- PARRY, Sarah; SIMPSON, Jane. "How Do Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse Experience Formally Delivered Talking Therapy? A Systematic Review". *Journal of Child Sexual Abuse* 25(7) (2016): 793-812. DOI: 10.1080/10538712.2016.1208704.
- PEREDA, Noemí. "¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España". *Papeles del Psicólogo* 37 (2), (2016): 126-133.
- PEREDA, Noemí y FORNS, María. "Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles". *Child Abuse and Neglect* 31(4), (2007): 417-26. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.08.010.
- PEREDA, Noemí; GUILERA, Georgina; FORNS, María y GÓMEZ-BENITO, Juana. "The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis". *Clinical Psychology Review* 29 (2009): 328-338. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.02.007.
- READ, John y FRASER, Allen. "Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask?" *Psychiatric Services* 49(3) (1998): 355-359. DOI: 10.1176/ps.49.3.355.
- ROBERTS, Susan y VANSTONE, Maurice. "A child sexual abuse research project: a brief endnote". *Journal of child sexual abuse* 23 (6) (2014): 745-754. DOI: 10.1080/10538712.2014.934416.
- SALTER, Michael; RICHTERS, Juliet. "Organised abuse: a neglected category of sexual abuse with significant lifetime mental healthcare sequelae". *Journal of Mental Health* 21(5) (2012): 499-508. DOI: 10.3109/09638237.2012.682264.
- SIMONS, Dominique A.; WURTELE, Sandy K.; DURHAM, Robert L. "Developmental experiences of child sexual abusers and rapists". *Child Abuse and Neglect* 32(5) (2008): 549-560. DOI:

10.1016/j.chiabu.2007.03.027.

SMALLBONE, Stephen y MCABE, Billee-Anne. "Childhood attachment, childhood sexual abuse, and onset of masturbation among adult sexual offenders". *Sexual Abuse* 15(1) (2003): 1-9. DOI: 10.1177/107906320301500101.

STOLTENBORGH, Marije; VAN IJZENDOORN, Marinus H.; EUSER, Eveline M.; BAKERMANS-KRANENBURG, Marian J. "A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world". *Child Maltreatment* 16(2) (2011): 79-101. DOI: 10.1177/1077559511403920.

TSOPELAS, Christos; TSETSOU, Spyridoula; NTOUNAS, Petros; DOUZENIS, Athanassios. "Female perpetrators of sexual abuse of minors: what are the consequences for the victims?". *International Journal of Law and Psychiatry* 35(4) (2012): 305-310. DOI: 10.1016/j.ijlp.2012.04.003.

UNICEF (2006). "Actitud de la sociedad española ante la práctica de la explotación sexual comercial infantil en los viajes".

VALVERDE, Clara (2014). *Desenterrar las palabras. Transmisión generacional del trauma de la violencia política en el s.XX en el Estado español*. Barcelona: Icaria Editorial.

VARESE, Filippo; SMEETS, Feikje; DRUKKER, Marjan; LIEVERSE, Lataster; RITSAERT, Tineke; VIECHTBAUER, Wolfgang; READ, John; VAN OS, Jim; BENTALL, Richard P. "Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective-and Cross-sectional Cohort Studies". *Schizophrenia Bulletin* 38(4) (2012): 661-671. DOI: 10.1093/schbul/sbs050.

WEBB L., Craissati J. y KEEN, S. "Characteristics of internet child pornography offenders: a comparison with child molesters". *Sexual abuse: a journal of research and treatment* 19 (2007): 449-465. DOI: 10.1177/107906320701900408.

ZAGRODNEY, Jessica L. y CUMMINGS, Jordan A. "Impact of Perpetrator Type on Attributions of Mother Fault in Child Sexual Abuse". *Journal of Child Sexual Abuse* 25(8) (2016): 827-845. DOI: 10.1080/10538712.2016.1236870.