

P. Sánchez Mascaraque
G. Martínez Junquera
A. Torija Colino

Abusos sexuales en niños
atendidos en el programa de
Salud Mental Infanto-juvenil de
Alcalá de Henares

Programa de Salud Mental
Infanto-juvenil de Alcalá de Henares,
Centro de Salud Luis Vives,
C/Luis Vives s/n, Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia:

P.Sánchez Mascaraque,
C/Agustín de Iturbide 38,
piso 2º 2ª,
28043 Madrid.

*Sexually victimized children.
Outpatient care in Alcalá de
Henares Mental Health
Center*

RESUMEN

Se estudia una muestra de 13 niños víctimas de abusos sexuales, atendidos en el programa de Salud Mental Infanto-juvenil de Alcalá de Henares. Se analizan 10 variables demográficas y psicopatológicas, así como la coincidencia de los resultados con los datos reflejados en la literatura.

PALABRAS CLAVE

Abusos sexuales; Infancia; Psicopatología.

ABSTRACT

We study thirteen sexually victimized children, attended in outpatient care in Alcalá de Henares Mental Health Center. We analyze ten demographic and psychopathological variables and their concordance with bibliography.

KEY WORDS

Sexual abuse; Childhood; Psychopathology.

230 INTRODUCCIÓN

En este trabajo se recogen todos los casos de abusos sexuales en niños, detectados durante el año 1994 y los tres primeros meses del año 1995, en las consultas del Programa de Salud Mental Infanto-juvenil de Alcalá de Henares. Se inició este estudio ante el aumento de incidencia de dichos casos en nuestra población.

La detección de estos niños no suele realizarse a través de los dispositivos de salud mental, siendo corriente que menores tratados con regularidad por médicos estén implicados en caso de incesto durante años, sin conocimiento de aquéllos⁽¹⁾. Este secreto (que dura una media de 2-7 años) es parte de la experiencia del niño, que es amenazado y, en la mayoría de los casos, a la vez depende del abusador⁽²⁾. Sin embargo, es fundamental la intervención de una unidad de psiquiatría infantil una vez descubierta la explotación sexual. En la literatura se recoge una amplia psicopatología coincidente con el abuso, siendo lo más frecuente una sintomatología similar al síndrome de estrés postraumático, apareciendo también problemas de ajuste sexual, de las relaciones interpersonales, problemas en la educación, y otros⁽¹⁻⁶⁾.

A su vez, y siempre en los casos de incesto, aparece una estructura familiar gravemente alterada, en la que padre, madre e hija mantienen un silencioso acuerdo que sostiene la situación. Tienden a negar el incesto y acusar a la víctima, si es ella quien lo descubre, a fin de preservar la unidad^(1,7). Estas familias pueden y deben ser tratadas; en la bibliografía se recogen datos, de entre el 20-30% de reorganización, siendo de nuevo posible la convivencia padre-hija⁽²⁾.

También es frecuente la psicopatología a largo plazo^(1,4). En este sentido, parecen influir como variables más importantes el uso de violencia y fuerza, la existencia de violación (anal, oral o vaginal), un largo período de duración de los abusos, grandes diferencias de edad entre el niño y el agresor, y la relación con éste, siendo peor si se trata del padre o padrastro^(8,9). Con frecuencia se cita en la literatura como trastornos asociados a la explotación sexual en la infancia los trastornos de la conducta alimentaria (bulimia)⁽¹⁰⁾, el trastorno *borderline* de la personalidad⁽⁴⁾, problemas sexuales (incluyendo promiscuidad, frigidez, prostitución)^(1,8), trastornos disociativos^(8,11), y otros^(1,12-15).

Por último, es necesario una coordinación entre los diferentes profesionales implicados, acerca del enfoque

y manejo de la situación, para determinar cuestiones como quién debe explorar al niño, quién debe confrontar a la familia con la duda del abuso y, sobretodo, quién debe hacer una denuncia judicial. Es frecuente el temor a denunciar estos hechos por parte de los implicados y de los profesionales, siendo otras veces difícil saber a quién debe hacerse el señalamiento, estando el menor en permanente situación de riesgo⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

MATERIAL Y MÉTODOS

El número de casos detectados o remitidos al Programa de Salud Mental Infanto-juvenil de Alcalá de Henares, durante el año 94 y los tres primeros meses del 95, es de 13. En este programa se atiende a la población infantil comprendida entre 0-19 años, siendo las fuentes de derivación médicos de atención primaria, pediatras, servicios sociales, equipo psicopedagógico, colegios y servicios jurídicos. La población de este distrito es de 160.000 habitantes, de los que aproximadamente 40.000 corresponden a niños y adolescentes.

El equipo de salud mental infanto juvenil está formado por un psiquiatra, dos psicólogas y eventualmente un MIR de psiquiatría.

Se estudian las siguientes variables: edad; sexo; agente del abuso; tipo de abuso; edad de inicio del abuso; motivo de consulta; psicopatología; antecedentes personales psiquiátricos; antecedentes familiares psiquiátricos; tipo de familia.

RESULTADOS

La edad de los niños oscila entre 7 y 16 años, siendo 7 varones y 6 hembras. En la tabla 1 se recogen el agente del abuso y la víctima respectiva:

En cuanto al tipo de abuso en un 50% se produjo penetración (vaginal, anal u oral), y en el resto se realizaron diversos tocamientos, caricias, masturbaciones, conductas exhibicionistas, etcétera.

En la tabla 2 se relaciona la edad de inicio del abuso con la edad en que consulta el niño.

El motivo de consulta fue en tres ocasiones un intento de suicidio (intoxicación medicamentosa voluntaria), en otros tres agresividad y trastornos de conducta (conductas desafiantes y provocativas en el ámbito escolar y familiar); en otros cuatro la evaluación se

Tabla 1

Caso	Agente del abuso	Víctima
1	Padre	Hija
2	Compañero de clase	Compañero de clase
3	Padre	Hija
4	Hermano	Hermana
5	Entrenador deportivo	Niño miembro del equipo
6	Entrenador deportivo	Niño miembro del equipo
7	Entrenador deportivo	Niño miembro del equipo
8	Primo	Prima
9	Primo	Prima
10	Primo	Prima
11	Padre	Hija
12	Abuelo paterno	Nieta
13	Extraño	Adolescente varón

Tabla 2

Caso	Edad inicio del abuso	Edad de consulta
1	7	15
2	10	11
3	13	16
4	4	15
5	12	12
6	13	13
7	13	13
8	4	8
9	7	9
10	9	14
11	8	8
12	7	16
13	14	14

hizo a petición del forense; de los restantes, uno llegó por encopresis y enuresis, otro por tics y en el último se consulta por síndrome depresivo.

La psicopatología que presentaron los menores fue en 6 de ellos de tipo depresivo, añadiéndose trastornos de conducta (fugas, conductas antisociales y agresividad); en un niño apareció enuresis diurna y en dos, encopresis; en otro apareció dolor abdominal recurrente y somatizaciones. Encontramos también tres trastornos adaptativos breves con síntomas depresivos, un síndrome de estrés postraumático y dos niños presentaron problemas de identidad sexual.

Los antecedentes personales psiquiátricos detectados fueron en cinco mal rendimiento escolar, en dos trastornos en la identidad sexual, una encopresis, y en cinco no aparecen antecedentes.

Aparecen antecedentes familiares en cuatro casos, siendo éstos una madre con un desarrollo paranoide, un padre alcohólico y, en el mismo niño, un tío paterno muerto por suicidio; en el tercero, una tía materna tiene historia de síndromes depresivos, y en el cuarto, el abuelo paterno es un trastorno antisocial de la personalidad.

Con respecto a las familias, en cinco los padres estaban separados y, en dos de ellos, la madre era víctima de malos tratos físicos; en otro la madre es una enferma mental grave y el padre una personalidad insuficiente y primitiva, estando la familia en una situación de extremo aislamiento social. En tres de las familias lo que destaca son graves problemas económicos. Cuando el agresor no es un miembro cercano de la

familia, no se observan estructuras familiares patológicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque se trata de una muestra pequeña, los datos obtenidos son coincidentes con la bibliografía al respecto; detallamos algunas reflexiones del análisis de las variables estudiadas:

- Los casos detectados por primera vez en salud mental han sido todos un hallazgo casual⁽¹⁾.
- El momento en que se descubre el abuso es muy posterior al del inicio de éste⁽²⁾.
- En nuestra muestra es el propio niño el que rompe la situación⁽⁴⁾.
- En tres ocasiones esta ruptura se hace por medio de un intento de suicidio.
- En la mayoría, el responsable del abuso es un miembro cercano a la familia⁽¹⁰⁾.
- Cuando el padre es el agresor la madre juega un papel consentidor^(1,7).
- Es mucho más frecuente y más grave la psicopatología cuando el agente del abuso es un miembro familiar.
- En nuestra muestra los niños varones han sido víctimas de una persona extraña a la familia.
- Cuanto mayor es la diferencia de edad entre la víctima y el agresor, mayor es la gravedad de la psicopatología⁽⁸⁾.
- Muchas de las familias están desestructuradas. Se finaliza este trabajo dando una opinión sobre cuál

232 debe ser la actitud ante la detección de abusos sexuales en menores, teniendo en cuenta que para un manejo adecuado es fundamental la coordinación entre los diferentes profesionales implicados (médicos de atención primaria y pediatras, salud mental, servicios hospitalarios, servicios sociales, fiscalía de menores y comisión de tutela del menor):

- Separación inmediata del niño, bien por medio de un ingreso hospitalario o, si no es posible, mediante denuncia al juez.
- Reconocimiento médico legal.
- Descartar patología somática e infecciosa.
- Valoración psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bagley C, King K. *Child sexual abuse (The search for a healing)*, 1990.
- 2 Kempe RS, Kempe Ch. *Niños maltratados*. Morata, 1985.
- 3 Martínez Roig A, Paul de Ochotorena J. *Maltrato y abandono en la infancia*. Martínez Roca, 1982.
- 4 Ogata-Sn y cols. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1008-1013.
- 5 Goldman-SN y cols. Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:1724-1726.
- 6 Brown RMA, Perkins MJ. Child sexual abuse presenting as organic disease. *Br Med J* 1989;299:614-615.
- 7 De Jong. Maternal responses to the sexual abuse of their children. *Pediatrics* 1988;81:14-21.
- 8 Hermann J y cols. Long term effects of incestuous abuse in childhood. *Am J Psychiatry* 1986;143:1293-1296.
- 9 Bryer JB y cols. Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1987;144:1426-1430.
- 10 McCallum K. Eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 1993;6:480-485.
- 11 Roestler TA, McKenzie N. Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:145-150.
- 12 Carmen EH y cols. Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1984;141:378-383.
- 13 Morrison J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146:239-241.
- 14 Mullen PE y cols. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet* 1988;ii:841-845.
- 15 Garnefsky N y cols. The influence of early and recent life stress on severity of depression. *Acta Psychiatr Scand* 1990;81:295-301.
- 16 Williams R y cols. Medical confidentiality and multidisciplinary work: child sexual abuse and mental handicap registers. *Br Med J* 1987;295:1315-1319.
- 17 Yates A. Should young children testify in cases of sexual abuse? *Am J Psychiatry* 1987;144:476-480.
- 18 Child Health and Development, Division of Family Health, Injury Prevention Programme, Division of Emergency and Humanitarian Action, and Division of Mental Health, OMS. *Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children*, 1994.