



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesis de Belgrano

**Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología**

**Puesta a punto bibliográfica sobre la relación  
de los conceptos parafilias y abuso sexual  
infantil**

**Nº 87**

**Denise Feldmann**

**Tutora: Cristina Tania Fridman**

Departamento de Investigación  
Junio 2003



Índice

Introducción .....	5
Capítulo 1. La sexualidad a través de los tiempos: el nacimiento de la Sexología	
Primera parte: Evolución histórica	
1.1. Los comienzos .....	7
1.2. Siglos XVI a XVIII .....	7
1.3. Siglo XIX .....	8
1.4. Siglo XX .....	9
Segunda parte: Actualidad	
1.5. Perspectiva de la OMS acerca de la sexualidad .....	14
1.6. Derechos sexuales .....	15
1.7. Características de la salud sexual .....	16
1.8. Discusión acerca de la sexualidad normal .....	17
1.9. Modelo de los cuatro holones sexuales .....	18
Capítulo 2. Perversiones – Parafilias	
2.1. Evolución del concepto de parafilia .....	21
2.1.1. Perversiones sexuales .....	21
2.1.2. Desviaciones sexuales .....	22
2.1.3. Alteraciones sexuales .....	22
2.1.4. Conductas excepcionales .....	22
2.1.5. Preferencias sexuales .....	22
2.1.6. Anomalías sexuales .....	22
2.1.7. Variantes sexuales .....	22
2.2. Definición de parafilia .....	23
2.3. Clínica del parafilico .....	23
2.4. Psicopatología de las parafilias .....	24
2.5. Clasificaciones de las parafilias .....	25
2.5.1. Parafilias por modificaciones de la elección de objeto .....	27
2.5.1.1. Fetichismo .....	27
2.5.1.2. Pedofilia .....	28
2.5.1.3. Necrofilia .....	29
2.5.1.4. Parcialismo .....	30
2.5.1.5. Zoofilia .....	30
2.5.1.6. Coprofilia .....	31
2.5.2. Parafilias por alteraciones en el acto sexual .....	31
2.5.2.1. Exhibicionismo .....	31
2.5.2.2. Voyeurismo .....	32
2.5.2.3. Masoquismo sexual .....	33
2.5.2.4. Sadismo sexual .....	34
2.5.2.5. Fetichismo transvestista .....	35
2.5.2.6. Frotteurismo .....	36
2.5.2.7. Escatología telefónica .....	37
2.5.2.8. Clismafilia .....	38
2.5.2.9. Urofilia .....	38
2.6. Causas de la parafilias .....	38
2.7. Mecanismos involucrados según las diferentes escuelas .....	39
2.7.1. Psicoanálisis .....	39
2.7.2. Teoría de la conducta .....	39
2.7.3. Teoría sexológica .....	40
Capítulo 3. Maltrato infantil	
Primera parte: Abuso infantil	
3.1. Evolución histórica del abuso infantil .....	41
3.2. Definición del maltrato infantil .....	41

3.3. Diferentes formas clínicas de presentación del maltrato infantil .....	42
3.3.1. Maltrato emocional o psicológico .....	42
3.3.2. Maltrato por negligencia .....	42
3.3.3. Maltrato por abuso sexual .....	43
3.3.4. Maltrato físico .....	43
3.4. Factores de riesgo asociados con el maltrato infantil .....	43
3.5. Causas de los malos tratos .....	43
3.5.1. Explicaciones tradicionales .....	43
3.5.2. Modelos de segunda generación o enfoque de la interacción social .....	45
3.5.3. Modelos de tercera generación .....	46
Segunda parte: abuso sexual infantil	
3.6. El abuso sexual a menores .....	46
3.7. El abuso sexual intrafamiliar .....	47
3.8. Causas de los abusos sexuales infantiles .....	50
3.8.1. Tipología del agresor sexual .....	50
3.8.2. Perfil característico del agresor sexual infantil .....	52
3.8.3. Causas de la pedofilia desde diferentes posturas teóricas .....	52
3.9. Consecuencias del abuso sexual infantil .....	54
3.9.1. Efectos iniciales del abuso sexual infantil .....	54
3.9.2. Efectos a largo plazo del abuso sexual infantil .....	56
3.9.3. Diferentes teorías acerca de los efectos del abuso sexual infantil .....	59
3.10. Prevención .....	61
Capítulo 4. Ejemplos de casos clínicos seleccionados de la revista científica "Child Abuse and Neglect"	
4.1. Índice de los artículos. ....	63
4.2. Desarrollo de los artículos .....	64
4.3. Conclusiones de los artículos .....	66
Conclusiones .....	67
Referencias bibliográficas .....	70

## Introducción

Partiendo de múltiples marcos teóricos se realizó una revisión bibliográfica de los términos o constructos “perversión-parafilia” y “abuso sexual infantil”. Para introducirse en esta temática se tomó como punto de partida la evolución que fue sufriendo la visión de la “sexualidad” a lo largo de los años y el nacimiento de la “sexología como ciencia”.

Se buscaron los nexos existentes en diversas posturas teóricas y autores entre el abuso sexual en la infancia y las parafilias.

Se ejemplificó este nexo con casos clínicos publicados en revistas científicas especializadas. Esta ejemplificación está a lo largo del desarrollo de las causas y consecuencias del abuso infantil, a su vez, se seleccionó de los últimos cinco años de la revista “Child Abuse and Neglect” los artículos que se consideraron más relevantes.

### Hipótesis

1. El abuso sexual infantil se relaciona con las parafilias en la adultez.
2. El abuso sexual infantil “incrementa” la posibilidad de una persona a padecer algún tipo de parafilia en la adultez.
3. Las consultas de pacientes parafílicos reconocen la existencia de abuso sexual en la historia del sujeto.

### Objetivo general

Estudiar los vínculos existentes entre el abuso sexual infantil y las parafilias desde una perspectiva histórica y un análisis teórico-práctico de esta temática.

### Objetivos específicos

1. Realizar una revisión bibliográfica de los términos perversión-parafilia y abuso sexual infantil.
2. Buscar en el material teórico si existe alguna relación entre el abuso sexual infantil en la infancia y las parafilias.
3. Revisar casos clínicos en diversas revistas científicas de los últimos cinco años que permitan ejemplificar los conceptos teóricos previamente analizados.

Se considera esta temática de suma importancia debido a que toca temas que a lo largo de la historia fueron considerados “tabú” y a que, en el caso de hallar la existencia de una relación entre el abuso sexual en la infancia y el desarrollo de parafilias en la adultez, se está haciendo un aporte a la prevención de los abusos sexuales y de este modo a la prevención de las parafilias.

En este trabajo se abordan tres áreas vedadas, “sexualidad”, “parafilias” y “abuso sexual infantil”. Éstas fueron “negadas” en su visibilidad por la sociedad debido, quizás, a la existencia de un “triple tabú”, interdicción impuesta por las convenciones sociales que no podían observar ni estudiar la sexualidad, ni las parafilias como una variante dentro de la sexualidad, y menos aún la sexualidad infantil.

“El sexo atrae o aterra, fenómenos que se excluyen mutuamente: rara vez está en terreno intermedio” (Murray, 1983: p. 87).

La historia va cambiando la visión de los hechos y esto se lo ve claramente en lo que se considera “normal” en sexualidad.

La terminología que se utiliza representa un cambio en el lenguaje de la sexualidad y en cómo pensamos acerca de nuestros deseos y necesidades.

Según **Weeks (1998)**, *al referirnos a la sexualidad es frecuente abordar dos términos, el primero es el de “perversidad”, el estado de ser perverso o pervertido, una desviación de lo que es decoroso o correcto; el segundo es “diversidad”, la condición de ser diverso referido a diferencia o desigualdad. Este autor relaciona ambas palabras ya que sugieren una distancia respecto de la “normalidad”.*

Para **Bancroft (1977)**, *en sentido sociológico la “desviación” es el comportamiento que viola las normas de la sociedad. Dichas normas son el resultado de una compleja interacción de preceptos y leyes institucionalizadas, normas o costumbres aceptadas o compartidas y del esquema de comportamiento que predomina en esa sociedad. También reconoce otras posibles definiciones para el término. La primera según la anormalidad estadística, aunque la considera de utilidad limitada, ya que el reconocer que un modo de comportamiento es poco usual no nos dice nada de su valor o de su necesidad de modificación. La segunda definición tomada, relacionada con la psicopatología, es el criterio utilizado para definir un caso como psicopatológico, pudiendo estar éste considerablemente influido por los factores sociales ya mencionados, puesto que no existe un criterio científico inequívoco de la morbosidad.*

**Neira (1983)** considera que el nuevo modo de ver las *variedades de la conducta sexual* depende de factores como la secularización de la sociedad, la cultura pluralista (que resulta de los medios de comunicación social), los intercambios turísticos, la concientización política de minorías sexuales y de los oprimidos por papeles y represiones sexuales, los avances sexológicos (como ciencia), y el progreso de las ciencias psicosociales. Plantea así un nuevo viraje de humanismo que desmitifica la óptica de la conducta sexual humana y que pone el énfasis en los derechos del individuo a ser diferente y a la satisfacción en la vida privada sin que el Estado tenga derecho a intervenir. Este cambio se vio favorecido por el hecho de que las supuestas “anormalidades” están presentes tanto en variedad, tipo y cantidad en las denominadas “mayorías” sexuales.

Las diferentes acepciones tienen una historia en común pero cuando se aplican a la sexualidad tienen en la actualidad distintas implicaciones. Incluso se ha abierto un gran abismo entre ellas.

Mientras que los términos asociados con **la perversidad** sugieren una jerarquía de valores sexuales, estando las perversiones en la base de la escala; **la diversidad** connota un *continuum de conductas* en el que un elemento no tiene un valor más fundamental que otro.

Tomando a **Álvarez Gayou Jurgenson (1986)**, este trabajo se plantea que es imprescindible que los profesionales

de la salud utilicen *terminología descriptiva* más que valorativa. La primera asegura amplias vigencias temporales, espaciales y operacionales; en tanto la segunda, la valorativa, con la utilización de términos tales como aberraciones, perversiones y desviaciones, está sujeta a muchas inexactitudes; presuponiendo una censura y condena previa. Es de suma importancia que los profesionales de la salud tengan presente que las personas pueden hacer lo que deseen siempre y cuando no dañen a terceros, y que los que participen lo hagan voluntariamente y con conocimiento de las consecuencias de sus actos.

**Cantón Duarte y Cortés Arboleda** (1997) plantean que si bien el **abuso infantil** existe desde hace mucho tiempo, recién en los últimos 150 años fue emergiendo como un problema social; acompañado de varios mecanismos socio-legales que se han encargado de él.

La preocupación en el maltrato infantil se centraba en el impacto negativo que podría tener a largo plazo en la moral de éstos y a que de adulto podrían no respetar la ley, y no en el sufrimiento inmediato de los niños.

Recién a *principios de los años setenta* se le comenzó a dar a este tema la importancia que merece, cuando debido al aumento de niños que llegaban a los servicios médicos con lesiones no accidentales se realizó un simposio sobre el abuso infantil en el encuentro anual de la Academia Pediátrica Americana (American Academy Pediatrics), el cual estuvo organizado por Kempe y sus colaboradores.

**Álvarez** (1999) considera que *la violencia* se da a un nivel institucional, social y familiar. Ésta no es exclusiva de la familia, sino que la atraviesa.

*Las manifestaciones no son inmediatas sino a posteriori*. "...Los efectos en el psiquismo infantil de una mirada u escucha paterna ciega por el erotismo son catastróficas. Heridas tajantes en el cuerpo, accidentes, actos delictivos. Marcas en el propio cuerpo y en el cuerpo social, que intentan delimitar espacios que no están contenidos en el psiquismo".

Siguiendo a **Gross y Apfelbaum** (1996) en este trabajo se considera que el abuso psicológico, físico, la explotación infantil, el abuso sexual, la prostitución y el abandono infantil son males visibles de una sociedad angustiada e inmersa en privaciones e incomunicaciones profundas entre los adultos y los niños.

"... A pesar del cambio de mentalidad en las cuestiones relativas al sexo de los adultos, todavía rige el oscurantismo y el temor a la hora de tratar la sexualidad infantil" (Pérez Conchillo y Borrás, 1996: p. 109).

Aunque existe una aparente tolerancia hacia nuestras costumbres sexuales, las actitudes sobre la *sexualidad infantil* no han cambiado tanto desde el siglo pasado. La importancia del placer sexual femenino, negado durante siglos, va encontrando su sitio, al menos en los países desarrollados. Sin embargo, continúa presente el temor y la inquietud acerca del descubrimiento del placer sexual por parte de los niños y adolescentes.

La *sexualidad* es un proceso evolutivo que está presente desde el nacimiento hasta la muerte. Los juegos sexuales infantiles (entre niños de la misma edad) son sanos y forman parte del progreso y del crecimiento.

"A los seres humanos no les inquietan las cosas sino las visiones que ellos tienen de éstas" (filósofo estoico Epícteto).

## Capítulo 1. La sexualidad a través de los tiempos: el nacimiento de la Sexología

La sexualidad siempre ha sido una temática que despertó mucho interés por parte de los estudiosos, pero la forma de verla, abordarla y explicarla fue modificándose según el contexto histórico, social y cultural. Por siglos la sexualidad fue ocultada en nuestra sociedad, ya que era considerada un tema tabú, pero lentamente fue encontrando un espacio para manifestarse.

La sexualidad constituye una dimensión cotidiana de las relaciones humanas, de manera consciente o inconsciente, implícita o explícita, privada o pública, conformándose como un componente, ciertamente susceptible de represión y ocultación, pero no de ser eliminado. Sólo puede comprenderse la sexualidad dentro de su propio contexto social y cultural específico. Aun cuando hay claros rasgos comunes, características sexuales masculinas y femeninas diferenciadas, una cantidad relativamente limitada de maneras de obtener placer en el cuerpo, el hecho de que todos nacemos, vivimos y al final morimos- difiere enormemente la manera cómo las sociedades organizan el potencial erótico humano. En las distintas culturas y a lo largo de la historia de cada una de ellas, podemos descubrir variaciones importantes en el modo en que los seres humanos han organizado la familia, las relaciones entre hombres y mujeres, mujeres y mujeres, hombres y hombres, adultos y niños, y también la importancia que la religión y la moral, la costumbre, la ley, atribuyen a la sexualidad.

Ante nuestros ojos acontecen *cambios* de ciclos lentos y algunos de ciclos de corta duración. Los cambios continúan, y es una aventura del pensamiento saber las futuras construcciones sexuales.

Las diferentes formas de abordar la sexualidad inciden directamente en la visión y definición que la sociedad hace de

las perversiones, desviaciones, aberraciones, diversidades o parafilias. Esta inmensa lista de conceptos que a primera vista parecen sinónimos si se los estudia en profundidad se ve que conllevan un significado muy diferente. Y es justamente este cambio terminológico el que da cuenta de la evolución que va sufriendo la sexualidad a través del tiempo y de las diferentes épocas.

Cabría preguntarse ¿cómo afecta la visión occidental y metropolitana en la visión de las “perversiones, desviaciones, aberraciones, diversidades y parafilias?”

¿Existe un relativismo absoluto versus un universalismo falso que sostiene que todos somos iguales? Es una ardua y difícil tarea encontrar el equilibrio.

Hoy en día con la globalización y debido al creciente impacto que tiene una cultura sobre la otra se hace más imperativo ver cómo una cultura incide sobre “las otras”.

Según **Fridman** (2001: p. 48) “... Si la manera en que pensamos acerca del sexo configura el modo como lo vivimos, entonces las palabras son pequeñas marcas del pensamiento, signos, que escritos en páginas o dichos al aire, cargamos con significados”.

Por esto es de suma importancia abordar el contexto histórico y los sucesos relevantes que fueron sucediendo hasta llegar a la actualidad para tener una comprensión clara de la sexualidad y sus manifestaciones.

## Primera parte: Evolución histórica

### 1.1. Los comienzos

Según **Flores Colombino** (1999) “...de todos los temas sexuales el de las parafilias tal vez constituya uno de los que mas curiosidad e interés haya despertado en todas las épocas de la humanidad” (p. 7). Las variantes sexuales y parafilias no son temáticas nuevas en el ser humano. Las “*relaciones sexuales prohibidas*” ya se mencionan en las *Epístolas de San Pablo* en cuatro oportunidades: Corintios 6: 9 y 6: 19, Timoteo 1: 10 y Hebreos 13: 4. Así mismo en el Viejo Testamento; en el Levítico, capítulo 18: 22 se menciona la homosexualidad, la zoofilia en el 18: 23 y el incesto en el 18: 6. San Pablo en las Epístolas retoma el tema de la homosexualidad en Romanos 1: 24, Corintios 6:10 y Timoteo 1: 10 y sobre los afeminados en Corintios 6: 9. Yave habla de actos sexuales infames, abominables, maldades, actos pecaminosos, costumbres horribles.

**Lewandoswki** (2000) considera que los intentos en las civilizaciones occidentales por lograr un estudio racional y sistemático del comportamiento sexual humano datan de los *griegos antiguos*. Médicos como Hipócrates y los filósofos Platón y Aristóteles pueden ser considerados como los *antepasados legítimos de la investigación sexual*, puesto que hicieron observaciones extensas y ofrecieron las primeras teorías elaboradas con respecto a las respuestas y disfunciones sexuales, la reproducción y la anticoncepción, el aborto, la legislación de la sexualidad y la ética sexual.

Las desviaciones sexuales estuvieron ubicadas en un plano éticamente condenable por médicos y jueces (la ciencia real) a pena de muerte o exilio. Esta visión permaneció así durante muchos siglos en la ciencia y poco a poco fue perdiendo peso dando lugar a una visión mas abierta, comprensiva y no tan valorativa, aunque igualmente permanecen residuos de aquella época en el imaginario social.

En la *Roma Imperial*, *médicos griegos* como Sorano y Galeno *avanzaron y sistematizaron el conocimiento sexual antiguo*. El trabajo de estos, alternado con el de eruditos islámicos posteriores, dedicó una *atención especial a las cuestiones sexuales*. Estos estudios, escritos originalmente en árabe, fueron traducidos e introducidos a Europa medieval.

En la *Grecia clásica* según **Yampey** (1981) la idea de *perversión* abarcaba tres áreas, la **social** por transgredir la ley; la **religiosa** en cuanto a sacrilegio y la **médica** por expresar enfermedad. Al transcurrir el tiempo lo sagrado pasó a ser en gran medida lo moral, confundándose la perversión con un vicio.

### 1.2. Siglos XVI a XVIII

Los manuscritos griegos y romanos reeditados, se convirtieron en textos de lectura en las escuelas médicas recién establecidas y estimularon el *renacimiento de la investigación anatómica* en los siglos XVI a XVIII. En el siglo XVIII con la influencia del Iluminismo la “perversión” paso a ser *patrimonio del campo médico*, privativo al sujeto.

Lewandowski plantea que durante el siglo XVIII tuvieron lugar varias obras que permitieron avanzar en esta temática; como ser: el libro escrito por el médico Samuel Tissot, “*Onanismo*” (1760). Tissot se convierte en el divulgador más influyente de los peligros allegados a la masturbación. Durante los siguientes 150 años, el miedo a la “*locura masturbatoria*” sigue siendo un factor dominante en la prevención de la enfermedad y en la *educación sexual* adolescente. El escritor y compositor Jean-Jacques Rousseau, escribe “*Émile*” (1762), en el cual exige la preservación de la “*inocencia sexual*” en niños y adolescentes. Los educadores alemanes como J. Oest y J. H. Campe se dedican a la lucha contra la masturbación. El Marqués de Sade, encarcelado en la Bastilla por acusaciones morales, escribe secretamente las extrañas, indignantes y blasfémicas fantasías de la masturbación (“*The 120 Days of Sodom*”), burlándose del espíritu del Siglo de las Luces que cree que, a través del discernimiento racional, hará un ser humano razonable, noble y bondadoso

Todo esto inició una discusión vigorosa y crecientemente secularizada sobre la ética sexual y produjo los primeros programas públicos y privados sobre educación sexual así como nuevas clasificaciones y documentaciones sobre el comportamiento sexual.

### 1.3. Siglo XIX

Las nuevas preocupaciones en cuanto a la sobrepoblación, la psicopatía sexual y la degeneración dieron lugar al concepto de “**sexualidad**” y condujeron a esfuerzos para obtener un conocimiento intelectual más firme sobre un tema que parecía crecer rápidamente y hacerse cada vez más complejo.

**La Medicina** durante este siglo, elaborando un tema heredado del Siglo de las Luces, comenzó a referirse más a los *aspectos fantásticos, peligrosos, y supuestamente malsanos del sexo*.

- En 1822 el filósofo y bibliotecario alemán Friedrich Karl Forberg, publica su “*Manual clásico de doctrina erótica*”, una colección de textos griegos y romanos antiguos que refieren a una gran variedad de comportamientos sexuales.
- Entre 1826-27 en Berlín, Wilhelm von Humboldt proporciona una *clasificación neutral del comportamiento sexual humano* según sus cuatro objetos posibles: 1. uno mismo, 2. el otro sexo, 3. el mismo sexo, 4. animal.
- En 1837 en París se publica el primer gran estudio sobre la prostitución, “*De la prostitución de la ville de París*”.
- En 1843, el médico ruso Heinrich Kaan, en su libro *Psicopatías Sexuales*, plantea una clasificación de enfermedades mentales sexuales. En el cual los pecados de la carne se reinterpretan como enfermedades de la mente. Después de esta iniciativa, otros médicos y psiquiatras, también comienzan a utilizar términos teológicos medievales de la desaprobación como “**desviación**”, “**aberración**” y “**perversión**”. Al principio, éstos se referían a una creencia religiosa “falsa” o herejía; luego comienzan a cambiar hacia conceptos (pseudo)médicos. El proceso entero es conocido en la historia como la “**medicalización del pecado**”.
- En 1857 el médico francés B. A. Morel avanza en el concepto de la “*degeneración*” física y mental (también conocida como ‘degeneración’ hereditaria y progresiva), que, entre otras cosas, explica la “*impertinencia*” sexual. Este concepto encuentra una aceptación amplia y domina en la discusión médica y sociopolítica, hasta principios de nuestro siglo, cuando finalmente se abandona.
- Entre el 1864-79 el abogado alemán Karl-Heinrich Ulrichs, publica una serie de folletos en los cuales postula que el amor entre dos hombres es innato; condición que él llama “*uranismo*”, y a las personas las denomina “*uranios*”. Por medio de esta hipótesis, Ulrichs espera demostrar la injusticia de castigar el contacto sexual entre los hombres. Ningún legislador debe castigar a la gente por lo que ellos son.
- En 1869 el escritor austriaco-húngaro Karoly Maria Kertbeny (originariamente Benkert), acuña la expresión “*homosexualidad*”, significando más o menos lo mismo que el término de Ulrich “uranismo”. Los “uranios” ahora son llamados “homosexuales”. El también exige una reforma de la ley.  
El ministro prusiano de justicia, que favorece la descriminalización, encomienda la “Delegación Médica Prusiana Real” para publicar un juicio de expertos que justifique castigar la homosexualidad. Estos científicos se niegan a reconocer esto como problema médico y se declaran incompetentes en materias de moralidad. Como no encuentran ninguna justificación para la ley desvían la responsabilidad de la ciencia a la política. A partir de ese momento la legislatura tiene que confiar en la desaprobación pública del erotismo del mismo sexo como la única justificación para la ley.
- En 1870 el psiquiatra de Berlín Carl Westphal publica la *primera historia clínica médica de la atracción erótica del mismo sexo* en su revista “*Archivo de Psiquiatría y enfermedades nerviosas*”. Se refiere a una mujer, que se siente atraída por las estudiantes femeninas en el internado de su hermana. Westphal concluye que ella sufre una condición psicopatológica para la cual, él acuña un nuevo término: “sensación sexual contraria”. El artículo motiva a numerosos psiquiatras, incluso a von Krafft-Ebing, a presentar historias clínicas similares de sus propios casos. Así, dentro de un tiempo muy corto, la “condición” de amar a personas del mismo sexo viene a ser vista como enfermedad psiquiátrica.
- Entre el 1872-85 el médico y antropólogo italiano Paolo Mantegazza publica una obra de tres volúmenes sobre preguntas sexuales “*Trilogía dell’ amore*” (Higiene del amor; Fisiología del amor; Antropología del amor), que *introduce un gran relativismo moral* con sus observaciones de distintas culturas.

A fines del siglo XIX **Krafft-Ebing integró las perversiones al dominio de la psiquiatría** en su obra **Psicopatías Sexuales** (1886), la cual se basa en la clasificación planteada por Heinrich Kaan cuarenta años antes. Su mérito reside en haberle dado a este estudio el carácter de materia respetable. Las plantea como “enfermedades sexuales de la mente”. Hasta entonces ningún médico se atrevía a tomar a la sexualidad como objeto de estudio. Los términos *perverso* y *perversión* pasan a formar parte del vocabulario común y permiten su estudio desde ángulos escabrosos, excepcionales, poco frecuentes, acordes con el “tabú” imperante en la sociedad de quienes veían en la sexualidad el núcleo del mal.

Krafft-Ebing describió el sexo en la mayoría de sus manifestaciones como una sucesión de odiosas dolencias. En su obra maestra difunde una *teoría del sexo como una enfermedad* que se transmite de país en país y de generación en generación. Su interés primordial radicaba en estudiar el porqué hombres y mujeres en sus relaciones se *desviaban* de la norma victoriana imperante en su época. La cual implicaba un concepto de sexualidad “saludable” o “normal”. Un joven “normal” se siente atraído hacia una joven “normal”, ella corresponde dicho sentimiento, se enamoran, se casan y de vez en cuando tienen relaciones sexuales “normales” (penetración del pene en la vagina).

En su obra se refiere mayormente a cuatro categorías de desviación: Fetichismo, Homosexualidad, Sadismo (por el Marques de Sade), y Masoquismo (por el escritor austríaco Leopold von Sacher-Masoch).

Aunque también hace referencia a Travestismo y Transexualismo, Satiriasis y Ninfomanía, Exhibicionismo y Voyeurismo, Zoofilia, Cleptolagnia, estimulación sexual producida por la orinación o defecación, y Lolitismo.

Ilustró cada una con casos tomados de sus propios pacientes, de acusados en procesos penales, de la literatura médica anterior. Son muy pocas las desviaciones de la respuesta sexual conocidas actualmente que no puedan ser encontradas en sus obras.



Krafft Ebing pensaba que la homosexualidad, el travestismo y la transexualidad eran etapas sucesivas dentro de una misma dolencia, el instinto de antipatía sexual. Consideraba a la masturbación como factor en el desarrollo de todas las desviaciones sexuales, desde el fetichismo y la homosexualidad hasta el asesinato lascivo

Se refirió a las perversiones con una extensa selección de casos verídicos, que iban desde los más brutales asesinatos lujuriosos hasta los más moderados ejemplos de fetichistas, generando así un horror frente a todas las desviaciones sexuales y de esta forma hacia todas las manifestaciones de la sexualidad.

Sus obras fueron de una gran importancia y permitieron avanzar mucho en el estudio de la sexualidad pero generaron una visión negativa de la sociedad hacia la misma debido a su manera de describir los sucesos.

En el siglo XIX la investigación biológica, médica, histórica, y antropológica de von Baer, Darwin, Mendel, Kaan, Morilla, Magnan, Charcot, Westphal, Burton, Morgan, Mantegazza, Westermarck, Krafft-Ebing, Forel y otros, estableció los fundamentos de la investigación sexual desde la perspectiva moderna.

#### 1.4. Siglo XX

Según Lewandowski, el comienzo del siglo XX se caracterizó por tres eruditos que dominaron el problema sexual en sus múltiples implicaciones; médicas, folclóricas, legales e históricas. **Auguste Forel** (1848-1931), **Magnus Hirschfeld** (1868-1935) y **Havelock Ellis**. Forel abrió la discusión de la cuestión sexual en un momento en el que la mojigatería más cruda todavía dominaba Europa. Estos tres autores fundaron la "Liga Mundial para la Reforma Sexual".

El trabajo pionero de **Havelock Ellis**, **Sigmund Freud**, e **Iwan Bloch** estableció la *investigación de los problemas sexuales como un esfuerzo legítimo en su derecho propio*.

Esta era **pre-sexológica** de la investigación moderna del sexo fue dedicada casi exclusivamente al estudio de aquellas personas que supuestamente eran enfermas. Las manifestaciones sexuales de su enfermedad fueron enumeradas cuidadosamente y, en general, atribuidas a la degeneración.

Una ruptura de esta visión pudo provenir solamente de fuera de la Medicina y la Biología tal y como se concebían entonces. Como es el trabajo de **Iwan Bloch** (1872-1922) proveniente de dos fuentes descuidadas hasta entonces: *la Historia* y *la Antropología*. Bloch, dedujo de sus lecturas que muchos comportamientos sexuales supuestamente patológicos y degenerados habían existido siempre en muchas partes del globo y tanto entre gente "primitiva" como entre gente "civilizada". Por eso él llegó gradualmente a la conclusión que el punto de vista de la Medicina respecto al comportamiento sexual tenía una "visión limitada" y debía ser corregida por la investigación histórica y antropológica. Él comenzó a ver las "*psicopatías sexuales*" como manifestaciones inherentes y universales de la condición humana y finalmente, en los primeros años del siglo XX, *atacó la noción de degeneración sexual* en un estudio fructífero.

Bloch planteó la idea de un esfuerzo científico especial dedicado a la comprensión del sexo.

Este médico berlinés fue quien acuñó el nuevo término: "*Sexología*", que se refiere al estudio teórico del sexo. En este sentido, Iwan Bloch puede ser considerado legítimamente como el "**padre de la Sexología**".

- En 1907 publica su estudio "La vida sexual de nuestro tiempo", en donde exige el establecimiento de la Sexología como empresa científica en su propio derecho, combinando los métodos y la visión de las ciencias naturales y culturales.

En esta obra plantea: "la consideración puramente médica de la vida sexual, aunque debe constituir siempre el núcleo de la ciencia sexual, es incapaz de hacer plena justicia a la multifacética relación entre el aspecto sexual y los otros aspectos de la vida humana. Para hacer justicia a la importancia completa del amor en la vida del individuo y de la sociedad, y en lo referente a la evolución de la civilización humana, esta rama particular de la investigación se debe tratar en su propia subordinación como parte de la ciencia general de la humanidad, la cual está constituida por una unión del resto de las ciencias - de la Biología general, Antropología y Etnología, Filosofía y Psicología, la Historia de la Literatura, y la Historia completa de la Civilización" (**Haerberle**, 2000).

Bloch había encaminado todos sus esfuerzos en hacer justicia en todos estos puntos de vista ampliamente divergentes de la investigación sexual, para facilitar una consideración completa y objetiva de todos los problemas relevantes. Consideraba que hasta ese momento no existía ningún tratado completo de la vida sexual, pero pensaba que el tiempo era suficientemente maduro para intentar seleccionar el volumen enorme de material disponible, y presentar el resultado desde un punto de vista centralizado.

Este *nuevo punto de vista centralizado* era el de los **sexólogos** y pronto llegó a ser compartido por otros.

- El nuevo concepto de Bloch y su nuevo término fueron aceptados por sus colegas, y así, solo un año después, en 1908, Magnus Hirschfeld editó la *primera revista sobre Sexología*. Con esta publicación importante, *la Sexología fue lanzada formalmente y desarrollada rápidamente en un esfuerzo académico exitoso*.
- En 1912 Iwan Bloch comienza la publicación de su "Manual de la completa Sexología en monografías". El primer volumen "Prostitución, Vol. I" es escrito por él mismo, la segunda "Homosexualidad en hombres y mujeres" (1914) por Hirschfeld, un tercer volumen de Bloch ("Prostitución, Vol. II") se publica póstumo. La muerte prematura de Bloch en 1922, termina enteramente el proyecto ambicioso.
- El **psicoanálisis** se apodera del término de **perversión**, despojándolo del carácter escandaloso e inmoral, dándole el carácter de *infantilismo*, ya que el placer perverso sería el retorno, regresión o fijación de una práctica sexual infantil.
- Ellis** (1933) reveló en sus primeras historias de desarrollo sexual, la existencia y la variada naturaleza de la sexualidad pre-puberal tanto en niños como en niñas. Consideraba que mucho antes de la pubertad se presentaban el erotismo anal y oral, sadismo y masoquismo, masturbación, exhibicionismo y voyeurismo, incesto homosexual y heterosexual,

y zoofilia. Presentó con habilidad que en dicha época, las *anomalías sexuales* se consideraban siempre como pecados, o delitos o por lo menos como vicios.

- **Freud** agrega a esto que *todos los seres en la infancia son "polimórficamente perversos"*. En 1905 publica los "*Tres ensayos sobre la teoría sexual*".

Algunos autores como **Weeks** (1998) apuntan a que Freud abrió sus tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad con un análisis de la homosexualidad y otras "aberraciones sexuales" precisamente porque consideraba que su existencia transformaba las opiniones convencionales respecto de lo que constituía el sexo. Las usaba "como un arma con la cual poner en duda las definiciones tradicionales de la sexualidad" (Laplanche y Pontalis, 1980).

De este modo se mostraba una *visión moderna de una variedad sexual infinita*. Aunque a su vez este entusiasmo clasificador poseía un *lado negativo*: el de reforzar "lo normal", a pesar de que habían pocos análisis de la heterosexualidad como tal.

**Freud intenta ampliar el significado de la sexualidad**. Las perversiones decía, simplemente son actos que "*extienden*" las prácticas sexuales más allá de las regiones del cuerpo convencionalmente designadas como apropiadas (es decir los genitales de ambos sexos) o bien, que se "*demoran*" en actividades que pueden ser "decentes" si al final llevan a la sexualidad genital (la llamada estimulación erótica, tal como besar, acariciar, chupar, morder) pero que se convierten en *perversión* si permanecen como fines en sí mismas.

Según Weeks la definición era bastante generosa frente a las que se ofrecían, sin embargo es difícil evitar pensar que en la mente de Freud había un modelo de lo que debería ser el sexo, una meta hacia la cual debían dirigirse las prácticas sexuales y por lo tanto, una prescripción de cómo deberíamos vivir. Así Weeks, plantea que Freud es un ejemplo interesante de la *ambivalencia de los primeros científicos del sexo* porque precisamente fue más allá que los demás al *incorporar lo perverso dentro de la gama aceptable de la sexualidad*.

Freud sugiere que las perversiones no eran una exclusiva propiedad de minorías enfermas sino *propiedad común de todos*.

En la perversidad y en la bisexualidad universal polimorfa de la infancia Freud pudo encontrar raíces de lo que muchos sociólogos denominarían "*nuestra desviación común*".

Weeks plantea que para Freud, había un "*desarrollo*" que suponía un *final apropiado* y la interrupción un *boqueo artificial*. Lo que implicaría un crecimiento de cada individuo desde la infancia hasta la sexualidad adulta madura reproduciendo un desarrollo hipotético de la raza como un todo, desde la promiscuidad y la perversidad sexual primitiva hasta la heterosexualidad monogámica.

Weeks piensa que no era simplemente un producto de la evolución sino de imperativos culturales.

Analizando esta obra, es posible sintetizar que Freud describe el *desarrollo "normal" de la sexualidad humana así como las "perversiones"*, es decir los comportamientos que no corresponden a la norma. El "*impulso sexual*" pasa por un proceso de "*maduración*" en que varios "*impulsos parciales*" se subordinan a una *meta*, genital, que tiene como fin la reproducción. Las tres fases principales de este proceso son: 1. fase oral, 2. fase anal, 3. fase fálica. También hay una "*fase latente*" en la cual el impulso sexual está inactivo hasta que se reanima durante la pubertad.

Freud plantea a la *sexualidad infantil* como uno de los principales hallazgos del psicoanálisis. Según él, la vida sexual se inicia con manifestaciones claras muy temprano, después del nacimiento. Distingue los conceptos "**sexual**" y "**genital**", el primero es el concepto más amplio e incluye muchas actividades que no tienen nada que ver con los genitales. La vida sexual abarca la función de obtener placer de zonas del cuerpo (zonas erógenas) y una función que posteriormente es puesta al servicio de la reproducción.

Freud al comienzo de su carrera pensaba que los seres humanos nacen asexuados, pero luego descubre la sexualidad infantil, y a partir de ahí se dedica mayormente a ver el impacto que tiene ésta en la vida adulta.

Freud en sus primeros casos *hipnotizaba* a los pacientes, para así traer a la conciencia recuerdos inconscientes. Sus *pacientes histéricos* prontamente comenzaron a aflorar *traumas sexuales*.

Luego comenzó a emplear el método característico del psicoanálisis, el de la "*libre asociación*". Estos pacientes histéricos recordaban una escena de seducción o de agresión sexual acontecida en épocas muy tempranas de su infancia.

En 1897 Freud tuvo un sueño con una de su sobrina, Hella, ya había comenzado a tomar la *interpretación de los sueños* como un método psicoanalítico, lo interpretó como enmascaramiento incestuoso hacia una de sus propias hijas. Este hecho vino a confirmar su teoría, ya que *el que los padres experimenten esos deseos hacía más posible creer que pueden atacar sexualmente de sus hijos*. Cuatro meses después abandonó esta *teoría que había puesto en peligro su carrera* y le dio la razón a Krafft-Ebing planteando que en realidad aquellas seducciones y asaltos a infantes nunca tuvieron lugar. Estos hechos eran meras *fantasías de los pacientes histéricos*.

Yendo un poco más allá que Krafft-Ebing, que consideraba la sexualidad humana como un conjunto de dolencias odiosas, Freud iba llegando gradualmente a la conclusión de que *el sexo es la causa de dolencias que no parecen a primera vista como sexuales*.

- **Hirschfeld**, de modo similar a Freud, llegó a su teoría sexual debido a un caso singular: *Freud había sido consultado por Breuer en el tratamiento de una chica histérica, Hirschfeld conoció un homosexual que lo inspiró a escribir su libro "Safo y Sócrates", publicado en 1896. Por lo tanto, Hirschfeld, al tiempo que Freud, entró en la vasta esfera de la Sexualidad que luego fue considerada "tabú". Hirschfeld estudió la función de las secreciones internas y llegó a la conclusión de que nuestras glándulas son nuestro destino. Freud provino de las neurosis y creía que nuestro*

inconsciente es nuestro destino. *Las teorías de ambos investigadores se complementan, al igual que el cuerpo y el alma se complementan. En la esfera del cuerpo, para Hirschfeld todas las diferencias sexuales son sólo diferencias de grado; supone que aproximadamente un tercio de la humanidad se desvía de la norma. En la esfera del alma, Freud cree que los límites entre la salud y la enfermedad son graduales.*

- *En 1897 Hirschfeld, funda el "Comité Científico Humanitario", la primera organización de los "derechos gay" del mundo. Su meta es la abolición de la ley alemana antihomosexual que castiga el contacto sexual entre los hombres. Edita para el Comité el "Anuario de las etapas sexuales intermedias" (1899-1923).*
- *Entre 1903-04 Hirschfeld comienza sus encuestas estadísticas sobre homosexualidad. Éstas pronto son terminadas debido a una demanda legal.*
- *En 1908 Hirschfeld edita la "primera revista de Sexología". Como publicación mensual, perdura solamente un año. Esta contiene no solamente contribuciones médicas, sino también artículos escritos por una amplia gama de científicos y eruditos, de antropólogos y criminólogos, hasta filólogos e historiadores*
- *En 1910 introduce el término "travestís", distinguiéndolos por primera vez de los homosexuales.*
- *En 1913, en Berlín, Magnus Hirschfeld, Iwan Bloch, Albert Eulenburg y otros, fundan la primera "Sociedad Médica de Sexología y Eugenesia".*
- *En 1914 Hirschfeld publica su estudio monumental, "Homosexualidad del hombre y de la mujer"*
- *En 1919, Hirschfeld funda el "primer Instituto del mundo de Sexología", en Berlín. Instalado como fundación, entregado y aprobado por el gobierno, este instituto se convirtió en el centro de investigación considerable y de actividad terapéutica y pronto ganó el reconocimiento de todo el mundo. Reflejando el acercamiento interdisciplinario de su fundador, el Instituto fue dedicado a cuatro áreas importantes de investigación: Biología sexual, Patología sexual (medicina), Sociología sexual y Etnología sexual.*
- *El director de cine, Richard Oswald, hizo varias películas en colaboración cercana con Hirschfeld, de las cuales la más conocida es quizás "Diferente como los otros", 1919, una defensa de la descriminalización del comportamiento homosexual*
- *Hirschfeld en 1921, dos años después de la apertura de su Instituto, organizó el primer congreso sexológico de la historia, la Reunión Internacional para la Reforma Sexual sobre una base Sexológica en Berlín. El congreso se basó en cuatro grandes áreas: (a) endocrinología sexual, (b) sexo y la ley, (c) control de natalidad y (d) educación sexual. Terminó con una llamada a la reforma legal y social, una meta que fue apoyada extensamente, pero que también evocó mucha crítica académica.*
- *En 1928 Hirschfeld, apoyado por el médico danés J. H. Leunbach, organiza un congreso en Copenhague y, en esa ocasión, funda la Liga Mundial para la Reforma Sexual. Los presidentes son Hirschfeld, Havelock Ellis y Auguste Forel. Entre otras cosas, la Liga exige la igualdad legal y social de los sexos, el derecho a la anticoncepción y educación sexual, y la reforma de la legislación sexual (decriminalización de los crímenes sexuales sin víctima).*
- *Entre 1930-32 la presencia pública de Hirschfeld está amenazada crecientemente por los nazis y él no está más seguro en Alemania. Por esto comienza un viaje alrededor del mundo, introduciendo su nueva ciencia en centenares de conferencias (EE.UU., Japón, China, Indonesia, India, Egipto, Palestina, Grecia). No vuelve a Alemania. Un grupo de asalto de los nazis, saquea el Instituto de Sexología de Hirschfeld, que es pronto cerrado por las autoridades. La biblioteca se quema públicamente cuatro días más tarde, junto con los libros de otros autores "no-alemanes" como Freud, Brecht, Feuchtwanger, Werfel y Stefan Zweig. La mayoría de los sexólogos, pierden sus oportunidades de trabajar porque son judíos. Ellos huyen al exilio.*
- *En 1904 el endocrinólogo Eugen Steinach, estudia los efectos de las hormonas sexuales en el desarrollo del cuerpo animal y humano. Por medio de la trasplatación gonadal, él tiene éxito en feminizar ratas masculinas y masculinizar ratas femeninas.*
- *El etnólogo Friedrich Salomon Krauss, en 1904, comienza la publicación de su anuario "Anthropophyteia". Esta obra contiene una abundancia del material folklórico sobre el sexo que él había recogido personalmente en los Balcanes. El fue así, un pionero de la "Ethno-Sexología" cuyo trabajo fue bastante apreciado por Sigmund Freud, Iwan Bloch, Magnus Hirschfeld, Franz Boas y muchos otros.*
- *En 1905 el psiquiatra suizo Auguste Forel, publica su libro "La pregunta sexual", que plantea cuestiones que son revolucionarias por su tiempo (la abolición de la mayoría de las leyes sexuales, casamiento de parejas del mismo sexo, etc.). Forel, combina deliberadamente puntos de vista médicos y sociopolíticos. Su propuesta proyectada a la práctica "eugenésica" (es decir la mejora genética voluntaria de la raza humana evitando la transmisión de enfermedades hereditarias) desafortunadamente lleva algunos gérmenes (entonces desconocidos) de las políticas totalitarias de la "Eugenesia", como las decretadas más tarde por los nazis.*
- *En 1897 Albert Moll publica, en Berlín, sus "Investigaciones referentes a la libido".*
- *En 1909 publica su estudio "La vida sexual del niño", menospreciando la teoría psicoanalítica de Freud, que él considera como no científica. En este libro, Moll por primera vez, propone una descripción de cuatro secciones de la respuesta sexual humana: 1. el ataque a la voluptuosidad, 2. la sensación voluptuosa uniforme, 3. la cima voluptuosa, 4. la disminución repentina.*
- *En 1911 publica su "Manual de ciencias sexuales", que contiene los artículos escritos no solamente por él mismo, sino también por otros sexólogos, tales como Havelock Ellis.*
- *En 1913 funda en Berlín la "Sociedad Internacional de la Investigación Sexual"*
- *En 1926 en Berlín, Moll organiza el primer Congreso Internacional de la Investigación Sexual.*
- *En 1909 el médico militar y escritor japonés Ogai Mori, publica su "Vita Sexualis" autobiográfico, en donde él*

describe sus propias experiencias sexuales adolescentes y los acontecimientos homosexuales de sus compañeros de clase. El libro se prohíbe muy poco después de su publicación.

- En 1923 **Max Marcuse** publica su “Diccionario manual de Sexología” que contiene contribuciones originales de muchos escritores prominentes, incluso Freud.
- En 1926 el ginecólogo holandés **Hendrik van de Velde** publica su libro “El matrimonio ideal”, una obra muy popular de la *educación sexual* del adulto que intenta animar a hombres y mujeres a lanzar sus inhibiciones dentro de sus relaciones sexuales y desarrollar su sensualidad.
- En 1929 en Bangkok, el juez francés, **René Guyon**, comienza sus “estudios radicales en las éticas sexuales”. Él exige los derechos de la satisfacción sexual para todas las mujeres y todos los hombres, mientras no violan los derechos de otros. En los años 40, Guyon también ataca las políticas sexuales represivas de la Liga de Naciones y él repite su crítica en 1951, cuando él acusa a las Naciones Unidas de traicionar la idea de los derechos sexuales en su declaración universal de derechos humanos.
- En 1929 el filósofo inglés **Bertrand Russell** publica su libro “Matrimonio y moral”, que trata sobre una *mayor y mejor educación sexual, el derecho a la cópula premarital y extramarital y el divorcio por demanda para las parejas sin hijos*. También conduce con su esposa Dora Russell una escuela coeducacional, en la cual está concedido a los estudiantes jóvenes una libertad considerable.
- En 1929 el etnólogo **Bronislaw Malinowski** publica su trabajo “La vida sexual de salvajes en Melanesia del noroeste”. La sexualidad menos represiva descrita aquí, y en libros posteriores de Margaret Mead y otros, ofrece un contraste interesante e influyente a actitudes occidentales.
- En 1936 **Wilhelm Reich** publica su obra ampliada “La sexualidad en la lucha cultural”. Reich combina el psicoanálisis y la filosofía de Marx. Sin embargo, los intereses biológicos se mueven gradualmente a la fila delantera

### Después de la Segunda Guerra Mundial

Se produjo un *cambio de escenario* desde Europa a América, fundamentalmente Estados Unidos, debido a la persecución de los nazis.

La Sexología experimentó un renacimiento en América por los esfuerzos de **Alfred C. Kinsey** (zoólogo en la Universidad de Indiana en Bloomington, EE.UU.).

- En 1938 **Kinsey** comienza sus estudios, principalmente sociológicos, del *comportamiento sexual humano*. Toma una encuesta a gran escala y estrictamente empírica del comportamiento sexual en los EEUU; ésta tuvo una cooperación interdisciplinaria muy amplia.
- En 1947 funda el “*Instituto de la Investigación Sexual*” (hoy llamado Instituto Kinsey) en la Universidad de Indiana.
- En 1948 Kinsey y sus colaboradores Wardell B. Pomeroy y Clyde E. Martin, publican su primer gran estudio “*Comportamiento sexual en el humano masculino*”. En 1953 se suma a estos mismos autores Paul H. Gebhard y publican el estudio “*Comportamiento sexual en el humano femenino*”. Ambos “informes de Kinsey” se basan en las entrevistas personales, con más de 12.000 individuos, de todos los EE.UU. Debido a la mención que se hace sobre el coito premarital y extramarital, las capacidades sexuales de mujeres, y el comportamiento homosexual, se generan ataques por parte de conductores religiosos y políticos conservadores. Como resultado de esta presión, a Kinsey se le niega otra ayuda financiera para su investigación.

Hubieron otros sucesos (de diversas índoles) que fueron muy significativos para el desarrollo de la Sexología como ciencia y de las manifestaciones de la sexualidad a nivel individual:

- Se produjeron grandes **avances médicos** que repercutieron en la forma de vivir la sexualidad:  
En 1947 en los EE.UU., la *penicilina* (descubierta en 1928 por Alexander Fleming) y otros antibióticos, son utilizados en una escala amplia para curar enfermedades transmitidas sexualmente  
En 1951 se desarrolla el *primer anticonceptivo hormonal*. Después de ser probada por varios años, “la píldora” se convierte extensamente en un principio disponible en 1960.
- En 1951 **Clellan S. Ford y Frank A. Beach** publican su estudio “Modelos del comportamiento sexual”. Los autores comparan a casi 200 sociedades humanas con respecto a su comportamiento sexual. El libro revoluciona el absolutismo moral occidental tradicional en materias sexuales.
- En Los Ángeles, en 1951, se funda la primera organización homosexual americana para la liberación, la “Sociedad de Mattachine”. Pronto se desarrollan secciones locales en otras partes de los EE.UU. Algunos de sus miembros, comienzan a publicar la primera revista de los derechos gay americanos “*UNO*”.
- En 1953 el médico **Harry Benjamin**, un amigo de Hirschfeld, quien, en 1913, se había trasladado de Berlín a Nueva York, introduce el término “*transexuales*”, distinguiéndolos por primera vez de los travestis.
- En 1955 el médico y psicólogo americano **John Money** introduce la distinción entre el “*sexo*” y el “*género*”. Esto contribuye a una discusión nueva y más sofisticada de las diferencias entre hombres y mujeres. La distinción gana creciente importancia en sexología y también en los estudios sobre las mujeres.
- En San Francisco, en 1955, Del Martin, Phyllis Lyon y otras mujeres, fundan la primera organización lesbiana para la emancipación “Las Hijas de Bilitis”. Su revista “La escalera” se convierte en uno de los vehículos más influyentes para su causa en los EE.UU.
- Desafortunadamente, con la muerte de Kinsey en 1956 y con la pérdida de la ayuda financiera anterior, sus programas de investigación ambiciosos para el futuro, tuvieron que ser acortados drásticamente. Desde entonces, el Instituto Kinsey, bajo la dirección de Paul H. Gebhard, después de June Reinisch y luego John Bancroft, ha continuado su trabajo como las nuevas circunstancias lo permitieron.

- En 1957 el ginecólogo de Nueva York, **Hans Lehfeldt**, quien se había escapado de los nazis en Berlín, funda junto con otros la “*Sociedad del Estudio Científico de Sexualidad*” (SSSS).
- En 1960 el sociólogo americano **Ira Reiss**, en su libro “Estándares sexuales premaritales en América”, rechaza la noción de un impulso biológico sexual y en lugar de ello insiste en “*herencia social*” humana. El también predice la “*revolución sexual*” que llega poco después en los EE.UU.
- En 1964 en Nueva York, se funda el “*Consejo de Información y Educación de Sexualidad de los EE.UU.*” (SIECUS), por la médica Mary Steichen Calderone y otros. Esta organización se dedica a la educación sexual para gente de todas las edades y ambientes. Mantiene una biblioteca de investigación y publica una revista bimensual, el “Informe de SIECUS”.
- En 1965 el instituto Kinsey publica “Ofensores sexuales: un análisis de caracteres”. Los autores son Paul H. Gebhard, John Gagnon, Wardell B. Pommeroy y Cornelia Christenson.
- En 1967 se funda la “*Asociación Americana de los Educadores, Consejeros y Terapeutas Sexuales*” (AASECT). En ausencia de estándares gubernamentales americanos esta organización profesional no lucrativa certifica a profesionales de la salud sexual como calificados en sus respectivas ramas. El ejemplo de AASECT se sigue más tarde en Japón, India y Sudamérica.
- En 1968 la erudita británica **Maria McIntosh** investiga “*El papel homosexual*” llegando a la conclusión de que la homosexualidad no es una condición biológica o psicológica definida de ciertos individuos que los distingue de los demás, sino que es más bien un papel social construido que es desempeñado voluntaria o involuntariamente por algunos hombres y mujeres, pero no por otros, cuyo comportamiento sexual real puede no ser muy diferente. Tales ideas, conducen finalmente a una disputa entre los “*esencialistas*”, (principalmente los científicos naturales) que continúan creyendo en una cierta homosexualidad esencial y los “*constructivistas*” (principalmente los científicos sociales) que no comparten más esta creencia.
- En 1971 el psiquiatra americano **Richard Green** funda la “*Academia Internacional de la Investigación Sexual*”. La Academia publica la revista “Archivos del comportamiento sexual”.
- En 1973 los investigadores sociológicos americanos **John Gagnon y William Simon** publican su libro “*Conducta sexual: las fuentes sociales de la sexualidad humana*”. Ellos describen el comportamiento sexual como un comportamiento ‘escrito’, es decir, como un modelo de conducta que sigue cierta ‘escritura’, o como una combinación recíproca adquirida individualmente de varias escrituras a veces contradictorias proporcionadas por las instituciones sociales, familia, amigos, agrupaciones similares etc. Tales escrituras proporcionan modelos, muestras o definiciones de qué es o no es ‘sexual’ en una situación particular, cómo interpretarla y cómo ocuparse de ella. Debido a que el individuo está frente a las exclusivas escrituras sexuales, los conflictos personales en esta área son comunes. Con éstos y otros argumentos similares, los autores rechazan la anterior noción popular de un ‘impulso sexual’ humano universal.
- Este mismo año, **La Asociación Psiquiátrica Americana anula la diagnosis “homosexualidad”** de su “Manual diagnóstico y estadístico”. Así, la designación de la enfermedad desaparece de millones de hombres y mujeres. Desde ese momento, los ‘homosexuales’ están sanos otra vez – “la curación en masa más grande y más fácil de la historia médica”.
- En 1974 la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** convoca en Ginebra a una reunión de sexólogos y de expertos en salud pública. Como resultado, se publica al año siguiente un informe: “*Educación y tratamiento en sexualidad humana: el entrenamiento de los profesionales de salud*”. El informe recomienda entre otras cosas, que la sexología debe convertirse en una disciplina autónoma en educación y entrenamiento de los profesionales de la salud.

### Últimas Décadas

Según **Haeberle** en las últimas décadas la atención científica ha cambiado otra vez a los **estudios médicos y fisiológicos**. Principalmente por el impacto producido por otros dos libros iniciadores, *Respuesta sexual humana* (1966) e *Insuficiencia sexual humana* (1970) escritos por **William H. Master y Virginia Johnson**.

En *respuesta sexual humana* plantean los procesos fisiológicos durante la actividad sexual; sugieren un modelo de cuatro fases de la respuesta sexual: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Las investigaciones se han centrado en tratar las disfunciones sexuales del individuo o de las parejas. Como resultado, las dimensiones sociales e históricas del sexo se han descuidado en gran parte.

Así, en la mentalidad pública, la **Sexología** está hoy a menudo asociada con “*terapia sexual*”, una empresa no médica, paramédica o en cierto modo médica. Esta noción es incorrecta, tanto sobre la Sexología en general como sobre la terapia sexual en particular. Estas ya no están basadas en un modelo médico, sino más bien en varios modelos aprendidos del comportamiento humano. Por consiguiente, muchos terapeutas sexuales no son miembros de la profesión médica y la gente que ellos tratan, no son por más tiempo llamados pacientes, sino clientes. Sin embargo, todavía hay fuertes tendencias por parte de muchos terapeutas e investigadores a prestar respetabilidad del establecimiento médico y reintegrar la Sexología en escuelas médicas como una especialidad para los médicos.

No obstante, su propio desarrollo histórico nos dice, que la Sexología entendida correctamente, no puede crecer sobre esta base estrecha. El estudio del sexo tiene que ganar primero una conciencia crítica de su propio origen y su papel histórico. La “sexualidad humana” o el “comportamiento sexual” que ahora figuran como los “objetos” de la Sexología, no son entidades concretas, finitas y netas que pueden ser tocadas, pesadas o medidas. En su lugar, son conceptos que fueron desarrollados en el curso de un gran proceso histórico continuado. De hecho, actualmente la significación

exacta de estos conceptos sigue no estando clara hasta el punto de que su origen histórico queda sin examinar. Esto se hace obvio cuando uno mira su definición en diccionarios, enciclopedias o libros de texto profesionales. Las definiciones actuales son tautológicas o llevan un sistema entero de suposiciones incontestadas e injustificadas. Estas suposiciones, nuevamente, se pueden entender solamente en base de un análisis histórico. El estudio del sexo es, sobretodo, un estudio de ideas. Por esto, *“la Sexología es principalmente la examinación crítica de ideologías”*.

Afortunadamente, hay algunas fuerzas antagonistas que intentan rectificar el actual desequilibrio sexológico y que aspiran a reconectar la Sexología con su tradición larga y perdida.

Una conexión importante y significativa al pasado ha sido reconvocado en los Congresos Mundiales de Sexología en París (1974), Montreal (1976), Roma (1978), Ciudad de México (1979), Jerusalén (1981), Washington (1983), Nueva Deli (1985), Heidelberg (1987), Caracas (1989), Amsterdam (1991), Río de Janeiro (1993), Yokohama (1995), Valencia (1997), Hong Kong (1999) y París (2001). Estos congresos, han tomado de nuevo el trabajo comenzado originalmente por Hirschfeld y Moll.

Además, un número creciente de universidades europeas, latinoamericanas, estadounidenses y canadienses tienen ahora departamentos de Sexología y/o programas de entrenamiento de graduados y postgraduados sobre la sexualidad humana. Como ser el “Instituto del Estudio Avanzado de Sexualidad Humana”, fundado en San Francisco en 1976, el cual es una escuela graduada privada, aprobada por el estado, que ofrece maestros aprobados estatalmente y grados doctorales en sexología. Su decano académico es Wardell B. Pommeroy, anteriormente el colaborador más cercano de Alfred C. Kinsey.

También en Washington D.C. se organiza, en 1990, la “Academia Americana de Sexólogos Clínicos”. Esta organización adherida a la Junta Americana de Sexología proporciona reconocimiento profesional para los médicos calificados, los terapeutas sexuales y los consejeros sexuales.

### Otros sucesos importantes que marcaron a la sexología y a la sexualidad son:

- En 1977 en Inglaterra Charlotte Wolff, publica su libro pionero *“Bisexualidad: un estudio”*.
- En 1978 en Roma, se funda la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Asume la responsabilidad de organizar los subsiguientes Congresos Mundiales de Sexología.
- En 1981 en Los Ángeles, San Francisco y Nueva York son señalados los primeros casos de una nueva enfermedad mortal e infecciosa. Pronto es conocida bajo el nombre de SIDA (infección del VIH) y extendida sobre todo el planeta. Desde que la enfermedad es sexualmente transmisible, tiene enormes implicaciones en el comportamiento sexual y el estudio del sexo.
- En 1986 se organiza en Washington, D.C. la *“Junta Americana de Sexología”* (ABS). Esta organización profesional concede el estatus de diplomático a los sexólogos que corresponden a sus estándares rigurosos
- En 1988 sale la primera edición de la nueva *“Revista de la investigación sexual”* alemana.
- En 1989 se funda en Ginebra la *“Federación Europea de Sexología”* (EFS).
- En 1990 se funda en Hong Kong con ocasión de la “Primera Conferencia de Sexualidad en Asia” la *“Federación Asiática de Sexología”* (AFS).
- En 1992 tuvo lugar la *“IV Conferencia Internacional Berlinesa de Sexología”* organizada otra vez por el DGSS y colaboradores de la Universidad Humboldt. También se lleva a cabo la *“Primera Conferencia de la Federación Europea de Sexología”* (EFS) en Taormina. La segunda y la tercera conferencia de EFS, se realizan en Copenhague (1994) y Marsella (1996).
- En 1994 se celebró la *V Conferencia Internacional Berlinesa de Sexología*, conmemorando el 75º aniversario de la apertura del Instituto de Sexología de Magnus Hirschfeld (fundado en 1919).
- En 1995 tuvo lugar el *XII Congreso Mundial de Sexología* en Yokohama, Japón.
- En 1996 se llevó a cabo el *III Congreso de la Federación Europea de Sexología* en Marsella, Francia.
- En 1997 se realizó el *XIII Congreso Mundial de Sexología y Derechos Humanos* en Valencia, España. El Congreso publica una declaración sobre los derechos sexuales.
- Este mismo año tuvo lugar la *VI Conferencia Internacional Berlinesa de Sexología: “100 años de la liberación gay”*.
- En 1999 se realizó *XIV Congreso Mundial de Sexología* en Hong Kong.
- En el 2000 la *Federación Europea de Sexología* (EFS) celebró el V Congreso en Berlín, Alemania.

No obstante, la meta fijada por Ellis, Freud, Bloch, Hirschfeld, Moll, Marcuse y otros pioneros sexológicos está lejos de ser alcanzada. A medida que la investigación sexual avanza, la variedad de las metas y de los métodos en una multitud de disciplinas, crea un problema de correlación y evaluación. La pérdida de perspectiva es por esto una amenaza constante. En otras palabras, *alcanzar el “punto de vista centralizado” sexológico de Bloch es más importante que nunca.*

## Segunda parte: Actualidad

### 1.5. Perspectiva de la OMS acerca de la sexualidad

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2000) consideran que es imprescindible contar con definiciones elaboradas por consenso de los principales conceptos utilizados en los ámbitos de sexualidad humana y salud sexual. Éstos son fundamentales para lograr mayor eficacia en la comunicación,

divulgación de información y formulación de medidas y programas especiales destinados a la promoción de la salud sexual. Sin embargo, lograr un consenso en este sentido ha resultado una tarea difícil.

### Conceptos básicos

**Sexo:** se refiere al “conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos” (OMS, 2000: p.6).

**Sexualidad:** se define como “una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano. Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. La sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos” (OMS, 2000: p.6).

**Salud sexual:** “se refiere a la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad” (OMS, 2000: p. 6).

La salud sexual se observa en expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de este modo la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de enfermedad o disfunción o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y garanticen.

### Conceptos relacionados con la sexualidad

**Género:** “es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo” (OMS, 2000: p. 7). El género refleja y perpetúa las relaciones de poder entre el hombre y la mujer, a través de la historia, en diferentes culturas y en las sociedades contemporáneas.

**Identidad de género:** “define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. Determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia” (OMS, 2000: p.7).

**Orientación sexual:** “es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. Puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos” (OMS, 2000: p. 7).

**Identidad sexual:** “incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales” (OMS, 2000: p. 7).

**Erotismo:** “es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano” (OMS, 2000: p. 7).

**Vínculo afectivo:** “la vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos, que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable” (OMS, 2000: p. 7).

**Actividad sexual:** “es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. Se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual” (OMS, 2000: p. 8).

**Prácticas sexuales:** “son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles” (OMS, 2000: p. 8).

**Relaciones sexuales sin riesgo:** se refiere a las “prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el HIV” (OMS, 2000: p. 8).

**Comportamiento sexual responsable:** “se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas” (OMS, 2000: p.8).

### 1.6. Derechos sexuales

Los derechos humanos son aquellos principios que se consideran universalmente como protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma. Los derechos humanos están por encima de los valores culturales. Si una cultura tiene una costumbre que va en contra de un derecho humano, es necesario modificar el valor cultural.

Dado que la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, la salud sexual conlleva derechos

sexuales, si bien el reconocimiento de los derechos sexuales se encuentra en proceso de evolución.

**La Asociación Mundial de Sexología (WAS)** plantea que la sexualidad es dinámica y cambiante; que se construye por una mutua interacción del individuo y las estructuras sociales; que se halla presente en todos los períodos de la vida, como fuerza integradora de la identidad; y que contribuye a crear y a fortificar los vínculos interpersonales. Es imprescindible para el bienestar individual, interpersonal y social.

Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable, responsable y placentera en las personas y en las sociedades, es necesario que los derechos sexuales sean reconocidos, respetados, promovidos y defendidos por todas las sociedades como inalienables, insustituibles e inviolables de la condición de los seres humanos. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce todos los derechos sexuales.

La Asociación Mundial de Sexología (WAS) en el **14° Congreso Mundial de Sexología** (Hong Kong, República Popular China, 1999) declaró los siguientes derechos sexuales:

**El derecho a la libertad sexual.** La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión sexual de los individuos. Excluyendo toda forma de coerción, de explotación y de abusos sexuales.

**El derecho a la autonomía, a la integridad y a la seguridad sexuales del cuerpo.** Implica la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social, y la capacidad de control y de disfrute de los cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

**El derecho a la privacidad sexual.** Incluye el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en la intimidad, siempre que no interfieran en los derechos sexuales de otros.

**El derecho a la equidad sexual.** Implica la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

**El derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluido el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

**El derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual va más allá del placer erótico. Implica el derecho que posee todo individuo de manifestar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

**El derecho a la libre asociación sexual.** Significa la posibilidad de contraer, o no, matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

**El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.** Implica el derecho a decidir tener, o no, hijos, el número y la diferencia de tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

**El derecho a información basada en el conocimiento científico.** La información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, con una difusión apropiada para todos los niveles sociales.

**El derecho a la educación sexual integral.** El cual es un proceso que comienza con el nacimiento y dura toda la vida, y debería involucrar a todas las instituciones sociales.

**El derecho a la atención de la salud sexual.** La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y para el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

### 1.7. Características de la salud sexual

La **OMS** (2000) considera que la salud sexual se puede reconocer tanto en el plano personal como en el de la sociedad.

#### Comportamientos de vida del adulto sexualmente sano

- Valorar su propio cuerpo
- Afirmar que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no, incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactuar con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirmar su orientación sexual y respetar la orientación sexual de los demás.
- Expresar su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establecer y mantener relaciones significativas.
- Evitar toda relación basada en la explotación y manipulación.
- Tomar decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Mostrar destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Identificarse y vivir de acuerdo con sus propios valores.
- Ser responsables de sus propios actos.
- Tomar decisiones eficaces.
- Comunicarse de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfrutar y expresar su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresar su sexualidad de modo congruente con sus propios valores.
- Reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo y para los demás.
- Expresar su sexualidad, y a la vez, respetar los derechos de los demás.
- Evitar el abuso sexual.
- Evitar contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el HIV.



- Practicar comportamientos que promuevan la salud, como chequeos médicos regulares.
- Mostrar tolerancia hacia las personas con diferentes valores y modos de vida sexuales.
- Evaluar la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promover los derechos de todas las personas a acceder a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evitar los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechazar los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

### Características de una sociedad sexualmente sana

La **OMS** (2000) afirma que las sociedades que protegen y dan prioridad a la salud sexual de sus miembros muestran determinadas características.

- **Compromiso político.** El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano, por lo que se responsabiliza de la promoción de la salud sexual.
- **Políticas explícitas.** Las instituciones sociales, incluidas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas con instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual.
- **Legislación.** Es de vital importancia para la promoción de la salud sexual que existan leyes destinadas a proteger los derechos sexuales. Es fundamental contar con leyes que protejan de la explotación a personas vulnerables; reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo; proteger a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos humanos y no se los discrimine; y promover la igualdad en todas las dimensiones sexuales.
- **Buena educación.** Para que haya una sociedad sexualmente sana es imprescindible que tengan acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad y a lo largo de toda la vida.
- **Infraestructura suficiente.** Es necesario contar con una infraestructura de profesionales y paraprofesionales especializados en la resolución de cuestiones sexuales con el fin de garantizar el acceso de las personas a los servicios. Para lo cual es necesario ofrecer a los profesionales programas de especialización en salud sexual.
- **Investigación.** Apoyar las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública es un requisito de una sociedad comprometida con la salud sexual de los miembros que la integran. Lo cual abarca la investigación de las inquietudes emergentes y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden ser prevenidas.
- **Vigilancia adecuada.** Es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.
- **Cultura.** Es fundamental lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual, y que le asigne a ésta la importancia que merece. Se puede medir la cultura a través de diversos indicadores, tales como la calidad de información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública referidos a las graves amenazas a la salud sexual.

### 1.8. Discusión acerca de la “sexualidad normal”

La historia va cambiando la visión de los hechos y esto se lo ve claramente en lo que se considera “normal” en sexualidad. Según **Flores Colombino** (1999) el hecho de que se haya despatologizado gran parte de las conductas sexuales antiguamente consideradas anormales no significa que vale todo, ya que toda cultura posee sistemas valorativos y normativos para el ejercicio de la sexualidad de sus integrantes como pautas deseables. Cada cultura diferente posee y poseerá un Sistema de Valores sexuales propio.

A lo largo de toda la historia se consideró la existencia de una norma o regla que cumplir y un castigo por no hacerlo.

La “*Curva Normal o Campana de Gauss*” posee una media aritmética, es decir el valor que se repite con mayor frecuencia, lo que sería la moda, y una desviación Standard máxima y mínima, equidistante en sus límites de la media. Los datos que no entran en la desviación Standard constituyen una desviación de la norma. Esta curva normal determinó para cada variable estudiada qué era normal o anormal, y los médicos tomaron este concepto extendiendo lo normal a lo “sano” y lo anormal a lo “enfermo”. Si bien es un aporte importante, éste solo se refiere al aspecto de la **frecuencia estadística**. También es de suma importancia el **aspecto moral, valorativo**; pero ambos continúan siendo insuficientes para determinar la seguridad absoluta de lo “normal” o “anormal”.

Para **Alonso Fernández** (1977) las normas “estadística” y “valorativa” solo tienen una validez parcial en cuanto a poder determinar si un fenómeno psíquico o somático es normal o no; la “norma estadística” es limitada por su relativismo y la “norma ideal” por su subjetivismo.

**Gallardo** (1984) agrega a estos dos un tercer criterio, el **fenoménico**, que implica una síntesis entre el criterio valorativo y el estadístico, entre el “deber ser” y el “darse”, entre lo valorativo y lo descriptivo.

Según **Álvarez-Gayou** (1979) la aplicación del criterio puramente estadístico para determinar lo normal en sexología implicaría considerar como normal, debido a su frecuencia, a las disfunciones sexuales y la infidelidad, y sería anormal un varón que nunca se haya masturbado. Por lo tanto no es suficiente con la norma estadística. Tampoco es suficiente con la valorativa, ya que lo que es valorativamente normal en una cultura no lo es para otra, por ejemplo lo que en algunas culturas se considera un rito de iniciación, como la iniciación sexual de una mujer por su padre, en otras se lo considera incesto.

Por esto Gallardo toma al concepto fenoménico, el cual supone que en el **acto sexual normal** deben estar presentes los siguientes aspectos: respeto, aceptación voluntaria, mutua satisfacción, ausencia de daño o lesión física o psicológica, libertad sexual, responsabilidad por las consecuencias de sus actos sexuales, es decir, capacidad plena de sus participantes.

**Hunt (1977)** en la década del 70 consideraba que el caos conceptual acerca de la sexualidad se debía en parte a **Kinsey**. El cual por su afán de desplazar a la reflexión moralista para dar paso a la investigación desapasionada y neutral, amplió demasiado el concepto de "normal". Su propuesta era que todo lo **filogenéticamente normal**, es decir, todo tipo de conducta sexual realizada por mamíferos superiores, era una herencia filogenética y por lo tanto convertía en normal y en común a la misma conducta realizada por los seres humanos. También planteaba que todo lo que era común y normal en seres humanos de diferentes culturas, era biológica, psicológica y antropológicamente normal para los seres humanos de todo el mundo. Para Hunt esto posee una validez relativa y en muchos casos no es aplicable. Hunt cree que los radicales y liberales sexuales ven como peyorativos los términos "anormal" y "anómalo", ya que conllevarían la misma connotación que pecaminoso, perverso, degenerado o aberrante. Pero considera que es de vital importancia que en una sociedad liberada se continúen con las distinciones entre "normal" y "anormal", "adecuado" o "anómalo", ya que de esta manera se podrán evaluar las posibles consecuencias para el individuo y la sociedad y sacar las conclusiones pertinentes al respecto.

Este punto de vista se opone al de **Pommeroy**, quien cree que sería más fácil borrar la palabra "normal" de nuestro vocabulario antes que responder a la pregunta si uno es normal. Este autor plantea que la atención debe dirigirse al ser humano individual y no a encasillamientos de conductas sexuales en normales o anormales.

### **Cinco criterios desde los cuales se podría definir a la conducta sexual como normal o anormal:**

Estos criterios son descriptivos y no explicativos y ninguno por sí solo es suficiente para referirse a la normalidad o no de una conducta. Lo cual indica la relatividad que existe al intentar delimitar estos conceptos.

1. **Estadístico:** si la mitad o más de la población practica determinada conducta sexual, ésta es normal. Varía según el lugar, la época, la cultura y la clase social. Debido a su frecuencia serían normales la masturbación, el sexo no marital y el sexo oral-genital; y serían anormales la homosexualidad, la paidofilia y la violación.
2. **Filogenético:** si la conducta sexual corresponde con el comportamiento de los primates o mamíferos superiores, es normal. La diferencia sería más bien una cuestión de grados y no de cualidad. Desde este criterio serían normales la masturbación, la homosexualidad, el sexo no marital y el sexo oral-genital; y permanecen con interrogantes la paidofilia y la violación.
3. **Moral:** este criterio tiene como base la tradición judeo cristiana. Los preceptos de una comunidad son muy variables en cada cultura y en diferentes épocas, pero generalmente se da un consenso temporal, registrado en usos, costumbres y creencias. Esto ayuda a preservar los valores individuales y colectivos. Sería normal únicamente el sexo oral-genital; y anormales la masturbación, la homosexualidad, el sexo no marital, la paidofilia y la violación.
4. **Legal:** implica las normas escritas y sanciones para defender a las personas y sus propiedades o derechos, las cuales también abarcan a lo sexual. Las leyes cambian según el momento histórico y según la cultura, pero marcan el consenso. Es un accidente territorial, ya que depende de las leyes de cada estado. Desde este criterio sería normal la masturbación y la homosexualidad; anormal la paidofilia y la violación y permanecen con interrogantes el sexo no marital y el sexo oral-genital.
5. **Social:** serían normales, correctas, adecuadas las conductas socialmente dominantes que no dañan a la sociedad o a sus miembros. Para este criterio estarían dentro de lo normal la masturbación, la homosexualidad, el sexo no marital y el sexo oral-genital; y dentro de lo anormal la paidofilia y la violación.

La **sexología** utiliza estos criterios de Pommeroy para analizar la famosa categoría de "normalidad" en cada caso, y ya que éstos son modificables según el lugar y la época, habrá que irlos cambiando y adaptando.

### **1.9. Modelo de los Cuatro Holones Sexuales**

Existen dos problemas a la hora de abordar "la sexualidad" como objeto de estudio: el de la multiplicidad de modelos teóricos en la definición del objeto mismo de estudio, y el de la necesaria intervención de múltiples disciplinas científicas para poder esclarecer las diferentes cuestiones que el conocimiento sexual plantea.

"Por lo que sea vuelve imprescindible la comunicación interdisciplinaria, a través de modelos conceptuales que permitan ese flujo de información.

Por eso, a pesar de que la metodología de la ciencia empírica actual implica el aislar los procesos de la realidad hasta niveles capturables por una metodología específica que permita su estudio objetivo, la consideración de estos hallazgos en una acción integradora, es indispensable. Para ello se requiere de modelos conceptuales que permitan la comunicación interdisciplinaria por un lado, y que faciliten la integración del conocimiento, por el otro" (Rubio Auriol, 1994: p. 10).

La sexualidad es, ante todo, una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual y, por lo tanto, nunca es un concepto acabado y definitivo, ya que la existencia misma es continua y cambiante.

Los modelos de la sexualidad humana se pueden agrupar en dos polos de un continuo en el que, en un extremo, se encuentran aquellos modelos que atribuyen a la sexualidad un carácter biológico; en el otro, la sexualidad se define como la resultante de la interacción grupal que, a partir de una base biológica relativamente invariante, origina la diversidad característica de ideas, sentimientos, actitudes, regulación social e institucional de lo que el grupo entiende por sexualidad.

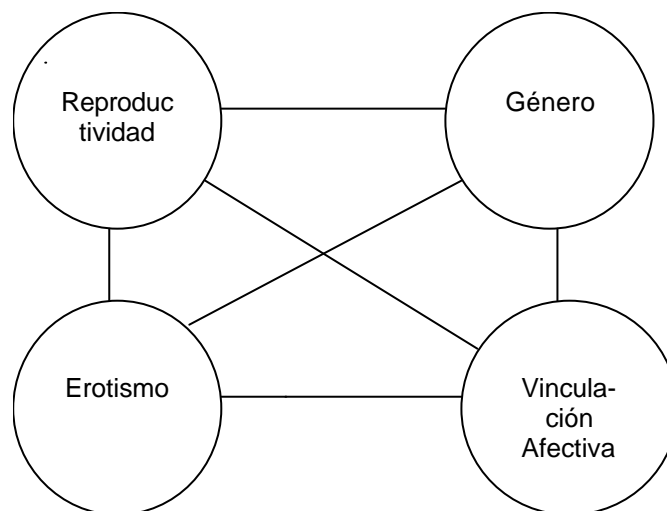
En el centro de ese continuo se encuentra el “Modelo de los Cuatro Holones Sexuales”, con base en la teoría de sistemas.

La Teoría General de los Sistemas propone principios de funcionamiento y características de los sistemas que se encuentran presentes en todos los niveles de jerarquía, y que permite el desarrollo de conceptos que tengan aplicabilidad vertical, es decir, que puedan ser usados independientemente del nivel de estudio que se elija. La sexualidad no es fundamentalmente ni biológica, ni psicológica, ni social. Sus manifestaciones se encuentran en todos estos niveles. Los sistemas están formados por elementos en interacción, los cuales son, a su vez, sistemas.

**Rubio Auriolés** (1994) propuso el Modelo de los Cuatro Holones. Plantea que la *sexualidad humana* es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal. Estos conceptos tienen aplicabilidad vertical, es decir, cada uno de ellos tiene manifestaciones en todos los niveles de estudio del ser humano. Estos no se pueden considerar aisladamente, ya que su actuar depende de los otros elementos del sistema.

Los significados de las experiencias permiten la construcción e integración de la sexualidad. Los significados en cada una de las áreas interactúan con las otras porque están en relación unas con otras. La significación sexual, entendida con amplitud, comprende entonces el significado de la reproducción como posibilidad (reproductividad), de la experiencia de pertenecer a uno de dos sexos (género), de la significación de la calidad placentera del encuentro erótico y la significación de los vínculos afectivos interpersonales.

Representación de la sexualidad humana de acuerdo con el Modelo de los Cuatro Holones Sexuales



### Holón de la reproductividad humana

La reproductividad se refiere tanto a la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares a los que los produjeron, como a las construcciones mentales que se producen acerca de esta posibilidad. Éste no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto, sino que además tiene manifestaciones psicológicas y sociales de gran importancia.

En el plano biológico, la reproductividad se manifiesta en los aparatos reproductores, su funcionamiento, las posibilidades de control de la natalidad sin evitar la interacción erótica, así como para lograr su consecución cuando está problematizada.

A nivel psicológico, la función reproductiva no termina con el nacimiento de un nuevo ser, sino que la función de maternidad y paternidad se prolonga durante muchos años antes de poder considerar completo el evento reproductivo. También la reproducción se puede manifestar en la adopción o con el ejercicio de muchas actividades humanas.

En el plano sociológico se suelen estudiar las significaciones sociales del hecho reproductivo y la contracepción, así como la institucionalización de las políticas reproductivas.

### Holón del género

El género se entiende como “la serie de construcciones mentales respecto a la pertenencia o no del individuo a las categorías dimórficas de los seres humanos: masculina y femenina, así como a las características del individuo que lo ubican en algún punto del rango de diferencias” (Rubio Auriolés, 1994: p. 9).

La expresión de este holón permea casi toda la existencia humana. A través de éste los grupos sociales realizan una multitud de interacciones. El marco mental interno de referencia de nuestro ser (la identidad) tiene al género como elemento central.

A nivel biológico se expresa en la determinación del género, los múltiples niveles en los que el género interviene en el proceso prenatal y postnatal de diferenciación sexual (genérica), las manifestaciones anatómicas del dimorfismo y las manifestaciones, no tan evidentes, del dimorfismo en el sistema nervioso central.

En el plano psicológico, el género tiene una importancia primordial en la constitución de la identidad individual. La identidad es el marco interno de referencia que nos permite respondernos quiénes somos, qué hacemos, qué queremos y a dónde vamos. El género es uno de los principales componentes de la identidad genérica: yo soy hombre, yo soy mujer. La identidad de género es tan importante en el desarrollo humano que cuando no puede conformarse el desarrollo completo se detiene.

A nivel sociológico, se encuentran los roles sexuales o genéricos, que conforman la expresión pública de nuestra identidad genérica. En los grupos humanos se pueden encontrar guiones que dictan lo que es esperado por el grupo en función del género de los individuos y la sociedad norma muchas de sus interacciones. El género y su institucionalización en roles, estereotipos y guiones, es uno de los filtros más eficaces para la regulación del poder entre los seres humanos.

### **Holón del erotismo**

El erotismo se refiere a los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultados en la calidad placentera de esas vivencias y las construcciones mentales alrededor de estas experiencias.

A nivel biológico, es el resultado de tres procesos fisiológicos interdependientes: el deseo o apetito sexual, la excitación y el orgasmo.

En el plano psicológico, todos desarrollamos una identidad erótica. La simbolización de lo erótico es uno de los mecanismos más poderosos por lo que el erotismo se integra al resto de nuestra sexualidad y de nuestra vida.

A nivel sociológico los estudios transculturales demuestran el carácter relativo de las normas de conducta erótica vigentes en nuestra cultura, ya que existen múltiples códigos de conducta.

### **Holón de la vinculación afectiva interpersonal**

La vinculación afectiva se define como la capacidad humana de desarrollar afectos intensos (resonancia afectiva) ante la presencia o ausencia, disponibilidad o indisponibilidad de otro ser humano, y las construcciones mentales, individuales y sociales que de ellos derivan. La forma más reconocida e ideal de vinculación afectiva es el amor, aunque se le puede dar el mismo nombre a formas de vinculación afectiva diferentes y hasta opuestas.

A nivel biológico se lo ve en las formas de vinculación afectiva como el amor romántico, el enamoramiento y la matriz del vínculo materno-infantil.

En el plano psicológico se encuentra la experiencia subjetiva del amor y los patrones de vinculación (de apego).

En el plano sociológico está el establecimiento de la pareja humana, su formación, ciclo y disolución, así como la institucionalización de los vínculos afectivos a través del matrimonio y su disolución a través del divorcio. También están relacionados con los fenómenos de la vinculación humana los factores demográficos como las migraciones y los patrones de formación de uniones.

En síntesis, desde este modelo la sexualidad se construye en la mente, a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales, a saber, la de procrear, la de pertenecer a una especie dimórfica, la de experimentar placer físico durante la respuesta sexual y la de desarrollar vínculos afectivos con otras personas. Cuando comparte dichas significaciones con otras personas, hace posible la consideración social de los procesos sexuales.

### **Los problemas sexuales**

El bienestar sexual se define como el resultante de la integración armónica de la sexualidad a la vida de los individuos; para lo cual se requiere de: libertad, plenitud de desarrollo de las potencialidades, congruencia en los diversos niveles y formas de expresión y responsabilidad por los actos ante el propio individuo y los demás.

**La reproductividad** se puede problematizar en dos sentidos: porque no es posible cuando es deseable (esterilidad e infertilidad), y porque es una realidad cuando no es deseable (embarazos no deseados).

**El género** puede problematizarse en todos los niveles de expresión: estados intersexuales (deficiencias biológicas de diferenciación sexual), disforias del género (falta de congruencia entre los niveles de conformación de la identidad genérica), y en el plano de interacción interpersonal el problema de la falta de equidad entre los sexos.

**El erotismo** se puede problematizar en dos sentidos: las *disfunciones sexuales*, en estas situaciones las vivencias eróticas se encuentran obstaculizadas causando deterioro en la calidad de la vida erótica de los individuos y las parejas; y las *parafilias*, condiciones en las que el individuo necesita de una forma de estimulación sexual en la que la calidad del vínculo afectivo es casi nula (exhibicionismo), inexistente (fetichismo) o desvirtuada (paidofilia).

**La vinculación afectiva** se problematiza cuando el individuo deja de desarrollar su capacidad de expresión amorosa. Como ser la explotación de seres humanos en base a sus afectos, la violencia intrafamiliar, etc.

Esto se relaciona con el modelo de las "**Expresiones comportamentales de la sexualidad**", propuesto por Álvarez Gayou Jurgenson (1986). Éste engloba tanto a las desviaciones, perversiones, como el objeto de estudio en la

bisexualidad, heterosexualidad y homosexualidad. Esta denominación posee una vigencia temporal, espacial y operativa mucho más amplia, descriptiva y no valorativa.

Las expresiones comportamentales de la sexualidad se estructuran como una escala continua graduada con siete niveles.

1. expresión mínima (EM)
2. expresión acentuada (EA)
3. expresión erótico sexual a nivel de fantasía (EESF)
4. expresión erótico sexual mínima (EESM)
5. expresión erótico sexual preferida (EESP)
6. expresión erótico sexual predominante (EESPR)
7. expresión erótico sexual exclusiva (EESE)

Las dos primeras constituyen el área de expresividad no erótica y las cinco restantes la de expresividad erótica, en la que se busca la excitación o el orgasmo, o sea, estímulos sexuales efectivos (EESE).

Para estudiar la sexualidad científicamente, se necesita de un marco teórico que pueda dar cuenta de los diversos aspectos de la vivencia sexual, sin dejar de lado la necesidad científica de buscar la objetividad.

## Capítulo 2. Perversiones - Parafilias

### 2.1. Evolución del concepto de Parafilia

Siguiendo a **Flores Colombino** (1999) el término "*Parafilia*" carece de connotaciones peyorativas o morales, por lo cual es el que adoptaron las nuevas Clasificaciones de los trastornos psicosexuales a fines del siglo XX.

Este autor hace un recorrido histórico de los diferentes términos utilizados como sinónimos; menciona las perversiones sexuales, desviaciones sexuales, anomalías sexuales, alteraciones sexuales, conductas excepcionales, preferencias sexuales, variantes sexuales y parafilias.

#### 2.1.1. Perversiones sexuales

Las *perversiones sexuales* son síntomas patológicos, que para el psicoanálisis pueden llegar a reemplazar la vida normal, ya que para esta escuela "normal" implica la subordinación de las excitaciones sexuales a la primacía de las zonas genitales y de las pulsiones parciales al orgasmo heterosexual (**Yampey**, 1981).

La perversión, desde el psicoanálisis es el reverso de la neurosis, en ésta en vez de angustia hay sintonía con el yo. Desde esta perspectiva cualquier conducta sexual que no tenga como fin el coito con penetración vaginal o que se demore en los preliminares sería perversa. Es decir, que serían anormales las actividades sexuales auto eróticas como la masturbación, las homosexuales, las realizadas con más de una persona, cuando no hay penetración o actividades sexuales diferentes al coito para obtener orgasmos, como el sexo oral y anal.

Esta postura, dice Flores Colombino, es contrapuesta con la nueva nosología psiquiátrica adoptada por el DSM III y el DSM IV.

**Ullerstam** (1967) planteaba que la palabra perversión debería ser suprimida, según él ésta es buena solo para los oscurantistas y los demagogos; no concibe que todas las actividades sexuales sean perversas excepto el coito heterosexual. Este autor cree que hay que definir el perfil del instinto sexual según la manera característica de cada individuo de emplear el goce sexual, lo cual se establece sobre la base de cuatro criterios: los actos que solos o combinados pueden provocar en el individuo goce sexual, erección, eyaculación y orgasmo; los comportamientos que llegaron a ser necesidades sexuales; el orden de preferencia entre diferentes actos para satisfacerse sexualmente; y los comportamientos sexuales concretos que le provocan angustia o sentimientos de culpabilidad. También considera que hay que determinar cual es el perfil de tabú y el perfil moral del sujeto, como fuerzas interactuantes. Según este autor solo podemos estar seguros de que las "perversiones" ofrecen grandes posibilidades de felicidad. Por esto plantea que hay que estimularlas, ya que en sí mismas son buenas.

Para Flores Colombino ésta es una postura muy radical aunque justifica en parte esta perspectiva el hecho de que en 1967 la cantidad de actividades sexuales consideradas perversas era muy grande.

A su vez, Ellis planteaba que la relación sexual tradicional puede llegar a ser técnicamente perversa, en los casos en que es la única posición técnica empleada por la pareja; piensa que esto se da por el temor de tener la libertad suficiente para probar otros métodos, para variar y obtener orgasmos mejores y mayor satisfacción.

Para **Cheeser** (1975) los términos de perversión y desviación expresan juicios morales individuales, por lo cual plantea la necesidad de dividir lo que la gente hace con consentimiento mutuo y lo que hace contra la voluntad de otra persona; el problema social y el antisocial. Piensa que quizás el sexo sin amor sea la única y verdadera forma de perversión.

Los psicoanalistas **Lemperiere y Feline** (1979) propusieron llamar "desviaciones sexuales" a la homosexualidad, ya que implica la elección de un objeto total pero inhabitual, y "perversiones" a las parafilias restantes, en las cuales hay

una elección de un objeto parcial. En este momento ya se había quitado a la homosexualidad egodistónica de la lista de enfermedades mentales, y quedaba aun como patológica la homosexualidad egosintónica; pero ésta también fue excluida de la lista de enfermedades en 1987.

Para **Flores Colombino** (1999) “*Perversión*” es una palabra que califica moralmente, pues significa error, corrupción, maldad, vicio, perturbación y depravación. La psicopatología en principio lo confunde con locura moral. Más tarde, por aportes de la semántica, “perversidad” significó desequilibrio psíquico y “perversiones” las desviaciones en la práctica y en las maneras de obtener el placer sexual; esto sería un placer contra natura, conservando así el carácter de un juicio de valor. Por lo que en sexología no se utiliza el término “perversión sexual” para denominar ninguna actividad.

### 2.1.2. Desviaciones sexuales

“*Desviación*” significa separación de la norma, de lo normal, alejamiento de las fuentes, del camino esperado, común, habitual, familiar (**Flores Colombino**, 1999).

Para **Quijada** (1983) el término desviación hasta hace poco estaba vinculado con la función reproductiva, es decir que toda actividad sexual que no tuviera como fin a la reproducción se consideraba desviada, luego se pasó a la concepción de que los preliminares sexuales, como el sexo oral y anal, no serían desviación siempre y cuando termine en eyaculación intravaginal, y sin barreras artificiales para la reproducción.

Pero, actualmente en el ámbito popular se utiliza el concepto de “desviaciones sexuales” para lo que en sexología se denomina parafilias. A su vez popularmente se toma como desviación sexual todo lo individualmente se considera anormal o inadecuado, debido a la falta de información que reina al respecto de esta temática.

Por todo esto no se utiliza el término *desviación sexual* en el ámbito científico y sexológico.

### 2.1.3. Alteraciones sexuales

La denominación “*alteraciones sexuales*” fue propuesta por **Gallardo** (1984) y significa un conjunto de respuestas que cambiaron el carácter típico de ajuste sexual de un individuo, a tal punto que el patrón sexual se distancia significativamente de los medios típicos de contacto erótico o sustituyen radicalmente el objeto sexual al que se aspira como complemento. Las *alteraciones sexuales* se consideran junto con las *disfunciones sexuales* los dos campos de la “*anormalidad sexual*”.

**Flores Colombino** afirma que debido al carácter impreciso y abarcativo del término alteraciones sexuales, se prefiere utilizar el de parafilias.

### 2.1.4. Conductas excepcionales

La denominación “*conductas excepcionales*” fue propuesta por **Neira** (1981) para sustituir a las denominaciones de perversión, alteración, aberración, minorías sexuales eróticas y variedades de la conducta.

Las conductas excepcionales, según este autor, se adquieren por un proceso de aprendizaje en el que no se obtiene la excitación por el estímulo esperado (hombre o mujer) sino por otros estímulos externos, hay sustitución de estímulos. Esto puede darse como resultado de un bloqueo o condicionamiento negativo, que no permite aprender las pautas de conductas culturales y en cambio permite un condicionamiento atípico y aprender lo culturalmente desaprobado. Es decir, que serían conductas normales pero socialmente no aprobadas.

Según **Flores Colombino** esta denominación tampoco es aceptada para denominar a las parafilias, solo podría usarse para denominar conductas normales socialmente desaprobadas.

### 2.1.5. Preferencias sexuales

El término “*preferencias sexuales*”, según **Flores Colombino**, significa opciones libres, no impuestas ni compulsivas, usadas para la obtención de placer sexual. Estas serían en realidad las pseudo-desviaciones o pseudo-parafilias, pero muchos las utilizan para denominar a las parafilias propiamente dichas.

### 2.1.6. Anomalías sexuales

**Ganon y Simon** (1967) propusieron la denominación de “*anomalías sexuales*”. Plantearon tres tipos: a) *anomalías normales*, son muy comunes pero socialmente desaprobadas, generalmente no están en conflicto con el orden social y son útiles como complemento de las costumbres aceptadas. Serían sólo moderadamente anómalas, ejemplos de ésta son la masturbación, las relaciones prematrimoniales, los contactos urogenitales heterosexuales, juegos anales, la promiscuidad, las relaciones extramatrimoniales y el sexo en presencia de otros. b) *anomalías subculturales y socialmente estructuradas*, son las conductas más categóricamente desaprobadas por la sociedad y que entran en conflicto con los modelos sociales, ejemplos serían la homosexualidad, el intercambio de parejas, el sexo grupal. c) *anomalías patológicas*, incluyen el contacto sexual con niños, el incesto, el voyeurismo, el exhibicionismo, el sadomasoquismo, la urolagnia, la coprofilia y la coprofagia, el travestismo y la necrofilia, y la transexualidad.

Según **Flores Colombino** esta denominación ya no se utiliza.

### 2.1.7. Variantes sexuales

**Flores Colombino** plantea que el primer autor en usar la denominación “*variantes sexuales*” fue Freud refiriéndose a la homosexualidad.

Según **Bianco** (1991), la respuesta sexual se presentará siempre que el estímulo sea eficiente; la “variante” estaría dada por el origen u objeto que estimula, ya sea una fuente heterosexual, homosexual, zoofílica, fetichista, etc.

Para este autor habrían “tres tipos de variantes fisiológicas predominantes”: de persona u objeto (que activa el funcionamiento sexual), de método (para desencadenar la respuesta) y de frecuencia. Sólo habría patología cuando se da fijación, exclusividad o especificidad de estos parámetros.

Para **Flores Colombino** todo comportamiento, normal o parafilico, estaría dentro de una forma de variante fisiológica sexual. Las parafilias serían variantes patológicas.

La ventaja de esta denominación con respecto a las anteriores es que no conlleva significados valorativos.

## 2.2. Definición de Parafilia

Etimológicamente proviene del griego “para”, al lado, desviado y “phileo”, atracción, amante. En los diccionarios antiguos la definen como sinónimo de perversión sexual; y en otros directamente no aparece el término.

**Quijada** (1983) define a la parafilia como una preferencia sexual desviada.

**Money y Erhardt** (1982) definen a las parafilias como “estados psicosexuales de reactividad obsesiva a estímulo desusado o inaceptable y dependiente de él, que buscan iniciar o mantener una situación sexual con el fin de facilitar el orgasmo”.

**Money** (1982) resalta como característica importante de las parafilias, la hiperorgasmia que las acompaña, a diferencia del menor número habitual de orgasmos de las personas no parafilicas.

La palabra parafilia, según Money (1986), significa que el amor va más allá de lo que se espera comúnmente o que está separado del mismo. Por lo tanto, en términos médicos significa anormal.

Según **Mc Cary** (1996), las parafilias son trastornos del comportamiento sexual en los cuales el elemento compulsivo limita fuertemente el repertorio sexual de una persona de modo tal que la excitación y la satisfacción se transforman en dependientes de lo que algunas personas considerarían formas anormales o desviadas de fantasía o interacción. En su gran mayoría se tratan de trastornos exclusivamente masculinos.

En el **DSM III** (1983) planteaban que “las parafilias se caracterizan por la excitación como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos normativos y que, en diversos grados, pueden interferir con la capacidad para una actividad sexual efectiva recíproca”.

El **DSM IV** (1995) plantea que “la característica esencial (Criterio A) de la parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, e impulsos o comportamientos sexuales que por lo general engloban: 1) objetos no humanos; 2) sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja; 3) niños u otras personas que no consienten. Estas se presentan durante un período de al menos seis meses.”

Otra característica (Criterio B) es que “esos impulsos, comportamientos y fantasías deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo”.

Para realizar un diagnóstico diferencial con otras conductas sexuales no patológicas el DSM IV plantea que “las fantasías, comportamientos u objetos son considerados parafilicos solo si provocan malestar o alteraciones clínicamente significativas, como: son obligatorias, producen disfunciones sexuales, requieren la participación de otros individuos en contra de su voluntad, conducen a problemas legales o interfieren en las relaciones sociales”.

A su vez las conductas sexuales parafilicas no deben coincidir con el curso de enfermedades mentales tales como retraso mental, demencia, cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, la intoxicación por sustancias, un episodio maniaco o esquizofrenia. Aquí las conductas sexuales anormales son inusuales, aisladas, no obligatorias y solo duran lo que dura el trastorno mental de fondo. Los períodos de estrés y depresión pueden ser desencadenantes de episodios parafilicos, pero fuera de estos períodos el individuo funciona normalmente.

## 2.3. Clínica del Parafilico

Según **Flores Colombino** (1999), la **edad de comienzo** del trastorno suele remontarse a la infancia y las primeras etapas de la adolescencia, donde aparecen conductas parafilicas, pero se definen recién en la adolescencia y adultez joven.

Este autor también plantea que los impulsos, fantasías y comportamientos pueden ser simples o elaborados, de una sola serie o de varias parafilias asociadas. La **duración** debe ser mayor a seis meses, pero lo común es que sean recurrentes, se cronifiquen y duren toda la vida, con tendencia a disminuir a lo largo de los años. Pueden haber períodos de mayor expresión, coincidentes con períodos de estrés y también cuando a la persona se le presentan oportunidades existenciales de practicar sus fantasías y actos, como el caso de personas que eligen trabajar o se ofrecen como voluntarios en tiendas de lencería o zapaterías (fetichismo), en guarderías para niños o hogares (pedofilia), la carrera militar combatiente, conducir una ambulancia o cirugía (sadismo sexual), enfermería (frotteurismo), o en morgues (necrofilia).

La **repercusión social** del trastorno parafilico es variable, ya que en algunos casos el individuo lleva una vida social activa que no deja vislumbrar sus trastornos íntimos; pero en otros casos los sujetos tienden a aislarse en sus fantasías y comportamientos, con graves repercusiones en su vida laboral, estudiantil, conyugal o social. Determinadas parafilias, como el exhibicionismo, el voyeurismo y el sadomasoquismo pueden llevar a situaciones que violan la ley y sus portadores pueden terminar en la cárcel. En otros casos los sujetos sufren un deterioro social progresivo o temporario; otros llevan una doble vida, pública y privada. La mitad de los parafilicos están casados, muchos de ellos intentan imponer a sus mujeres sus fantasías y conductas, lo cual muchas veces conlleva peligro de vida o lesiones, como en el caso del masoquismo, o delitos en el caso de la pedofilia. Hay algunas parejas de parafilicos que llegan a un acuerdo de vida muy especial, otras se divorcian y se vuelven a casar en busca de comprensión.

Es muy difícil establecer la **frecuencia**, ya que los parafilicos no suelen consultar por su trastorno, sino por sentimientos

de culpa, depresión o vergüenza con intentos de autoeliminación, disfunciones sexuales, trastornos de personalidad o incapacidad de relaciones recíprocas de amor. Muchos también llegan a la consulta por derivación judicial.

Flores Colombino considera que ya no es aplicable a todos los casos la concepción psicoanalítica de que “la perversión es el reverso de la neurosis”, y que por lo tanto los parafilicos no sufren, no luchan. Los parafilicos muchas veces sufren por su padecimiento, e incluso pueden considerar sus fantasías o actos como inmorales, aunque también continúa habiendo muchos que no tienen ningún tipo de malestar mientras no reciban el rechazo social y vivan su parafilia en la intimidad.

En cuanto a la **frecuencia de aparición de los diferentes tipos de parafilia** plantea que en las clínicas especializadas los diagnósticos mas frecuentes son la pedofilia, el voyeurismo y el exhibicionismo, que son a su vez los que mayormente son procesados por delitos sexuales. El masoquismo y el sadismo sexual se ven con menor frecuencia.

En cuanto a su **distribución por sexo**, se ve que son trastornos *casi exclusivamente masculinos*, a excepción del masoquismo, que se ve también en mujeres, pero en una relación de una cada veinte varones.

**Neira (1983)** plantea que el hecho de que las conductas excepcionales (parafilias) sean mas comunes en hombres y que no haya ninguna que se de solo en el sexo femenino se explica por las lecciones filogenéticas y el principio de Adán. En los mamíferos el factor de aprendizaje es más necesario e influyente en el moldeamiento de la conducta sexual en el macho. A pesar de que la hembra humana se ha independizado de los ciclos hormonales y de otros factores biológicos, parecería que el macho humano mantiene esa diferencia que lo hace más vulnerable a la diversidad de aprender. Este autor también hace una hipótesis de otro factor que podría influir en esta diferencia, las hormonas por vía cerebral. El tener que añadir algo al embrión para ser un macho, que de lo contrario seria hembra, implica que ese algo puede estar dado en diversas cantidades, a diferentes lugares y en periodos diferentes, todo lo cual da lugar a variedades.

**Money y Ehrhardt (1982)** explican esta menor frecuencia de casos de parafilias en mujeres por el hecho de que éstas no tienen sueños orgásmicos en la adolescencia, sí de los 20 a los 40 años, se masturban menos que los chicos, y tienen fantasías romántico-sentimentales en relación con experiencias reales. En cambio los chicos pueden horrorizarse al enfrentarse en sus sueños con imágenes de tipo homosexual, sádico, voyeurista y otras parafilias. No se animan a contarle a nadie al respecto de éstas, las soportan y quizás algún día las pongan en práctica. Plantean que existe una “fragilidad psicosexual del varón”, esto es debido a que es más fácil procrear una niña que un varón, y también al hecho de que la naturaleza incurre en más errores en el varón (factor aditivo, de Money). El varón es más agresivo por su alto nivel de testosterona, la hormona masculina que aumenta el deseo sexual. Debido a que los varones están condicionados culturalmente para la caza y el ejercicio del poder y la propuesta realizan un aprendizaje ontogenético o experiencial de imágenes extrañas sexualmente excitantes, de claro contenido psicopatológico y parafilicas; como ser en el caso de la erotización de la mirada por el voyeurismo y el exhibicionismo.

**Tiefer (1980)** plantea que es preocupante el hecho de que las parafilias siempre se refieren a varones y no a mujeres. Para dar cuenta de esta diferencia toma tres teorías:

1. el varón se identifica precozmente con la madre, que es la figura vincular mas cercana y de sexo femenino; en cambio ésto para la mujer no constituye un problema.
2. ya que el varón posee mayor impulso sexual, es mas fácil que se desvíe.
3. no existen diferencias en la frecuencia de parafilias en ambos sexos, pero esos comportamientos no se reconocen como parafilias cuando se los aplica a las mujeres; esto se ve en el ejemplo de cuando una mujer se desviste y encuentran a un hombre mirando, seguramente lo arrestan por voyeurista; en cambio si una mujer observa a un hombre desvistiéndose puede ser que se lo acuse a él de exhibicionista. En ambos casos es al varón al que se considera con un trastorno parafilico. La ley no reconoce la posibilidad de que una mujer pueda cometer abuso sexual.

Según **Money (1986)** las parafilias van de aquellas que son lúdicas e inofensivas a aquellas que son grotescas y mortales. La ley permite algunas manifestaciones parafilicas como asunto de mutuo consentimiento, mientras que otras conductas son consideradas como criminales. “*Legalmente*” se toma como principio básico que el comportamiento parafilico está conformado por una elección voluntaria y puede ser controlado por la voluntad o fracasando ésta por el castigo. En contraste a esto, la biomedicina toma como principio básico que la parafilia es un síndrome que no está sujeto a control voluntario.

Las parafilias *no son socialmente contagiosas*, aunque popularmente se crea lo contrario basándose en la doctrina de la degradación médica del siglo XVIII. De acuerdo con esta doctrina, actualmente obsoleta, las historias de parafilias, videos y pinturas atraen nuevos reclutas y los convierten en parafilicos. La falla lógica de esta doctrina reside en el mantenimiento de la ambivalencia combinada de la sociedad y el pánico al considerar la pornografía, el cual incluye todo material explicito, aún el que muestra “heterosexualidad normal y sana”. Resulta extremadamente difícil contraatacar este dogma falso, por lo que la sociedad impide la reunión de fondos para la investigación de la génesis, prevención y cura de la parafilia (Money, 1986).

#### 2.4. Psicopatología de las Parafilias

La “parafilia” es una trasgresión, una infracción, y a la vez es *un síntoma psicopatológico*, aunque tardó mucho en que se la considere como un capítulo psicopatológico y lo hizo mucho mas tarde que el de otras alteraciones psíquicas. Este era en un tema que se abordaba muy poco en la enseñanza del Derecho y la Medicina (**Flores Colombino: 1999**).

Para **Sauri (1983)** lo perverso participa del proceso de personalización de igual manera que lo psicótico, lo neurótico y lo psicopático.

Desde el **psicoanálisis**, a partir de la teoría de la libido formulada por Freud y Abraham, las perversiones se explican



como procesos de *fijación y regresión* a los niveles pregenitales del desarrollo (oral, anal). **Fenichel** (1967) en 1945 sigue esta línea teórica y plantea que “la perversión es una técnica defensiva para eludir la angustia de castración y el sentimiento de culpa incestuoso de la fase edípica con el fin de alcanzar el orgasmo genital”.

**Karpman** (1935) plantea la existencia de las *neurosis parafilicas*, las cuales dice, provienen de las mismas fuentes que las neurosis ordinarias, pero que forman un grupo propio, preciso y diferenciado; si bien parten de un desarrollo común, surge una diferenciación debido a que el neurótico enfrentado con un problema sexual y emocional, reprime la tendencia sexual prohibida y la exterioriza mediante trastornos psicósomáticos o de otras conductas socialmente inocuas; en cambio, el parafílico no puede reprimir la tendencia sexual prohibida y esto lo lleva a conductas simbólicas poco disimuladas. Como su forma de expresión fue inhibida por un monto mucho menor de represión, es mucho más fuerte que el instinto sexual normal y busca, en forma impulsiva, la ratificación de una urgencia que al parecer es insaciable. Las **neurosis**, dice este autor, son más plásticas y móviles, en cambio las **parafilias** tienen una rigidez e inmutabilidad sorprendente.

Para **Etchegoyen y Arensburg** (1977) la diferencia entre **perversión** y **neurosis** esta dada porque el *síntoma neurótico* es egodistónico (extraño al Yo) y el *síntoma perverso*, en cambio, es sintónico con el Yo, y se acompaña de una descarga genital, que es lo que lo diferencia clínicamente del resto.

**Chazaud** (1976) plantea que la diferencia entre el **síntoma neurótico** y el **parafílico** radica en que el primero tiene con la sexualidad únicamente relaciones sustitutivas y en el plano conciente se presenta como suficientemente desexualizado, en cambio, el parafílico aparece siempre como directamente sexual. El objetivo explícito de la actividad parafílica radica en alcanzar el goce sexual. En el momento del acto el parafílico está de acuerdo con su impulso. **Freud** (1977) planteaba que el placer experimentado al satisfacer una pulsión que no está sujeta a las riendas del Yo es mucho más intenso que la satisfacción obtenida mediante un impulso dominado. Pero muchos autores se contraponen a esta creencia, y plantean que los parafilicos no gozan como ellos creen, sino más bien se autoengañan por mecanismos de defensa como la idealización; la supuesta liberación experimentada se corresponde con el sometimiento a un Superyó sádico, que engaña al Yo, al igual que en la manía (Yampey, 1981).

**Karpman** (1975) plantea que las **psicopatías sexuales** y las **parafilias** provienen de fuentes diferentes, en cambio la *neurosis* y las *parafilias* tienen las mismas fuentes. Aunque las psicopatías y las parafilias no tienen una diferencia de naturaleza, sino solo de grado. Según este autor todos poseemos elementos neuróticos, parafilicos y de psicopatía sexual, y los elementos que pueden determinarlas se encuentran dormidos en cada uno de nosotros.

**Bleger** (1973) ve en lo parafílico una **parte inmadura de la personalidad**, un núcleo aglutinado que despliega sus identificaciones múltiples con distintas fantasías ante la parte más madura de la personalidad, la cual durante el episodio perverso queda sometida a aquel núcleo psicótico, para luego recuperarse. Para este autor la parafilia consiste en una ficción de la sexualidad o genitalidad, y no solo en una distorsión o aberración de la sexualidad, que se utiliza con el fin de prevenir la disgregación psicótica.

**Rosolato** (1968) plantea que en la parafilia se observa un hedonismo que marca el fracaso del principio de realidad frente al principio de placer y que la **ilusión narcisista** que impera en la vida sexual hace que el parafílico cree, a partir de la renegación, una legalidad particular en la que relaciona el deseo, el placer y la ley de tal modo que “el placer es signo de que la ley es su deseo”. El parafílico crea una sexualidad que escapa al orden simbólico instaurado por el complejo de Edipo, a las reglas del lenguaje del sexo, y se constituye en un discurso privado, que hace que el sujeto quede en el mundo imaginario. El mundo externo del parafílico muestra un ligamen narcisista en el cual no hay diferencias entre sujeto y objeto, y el objeto es afectivamente indiferente, desvalorizado y solo usado para sus fines.

Más allá de las diferentes teorías que plantean a las parafilias como neurosis especiales, como psicopatías o como trastornos de la personalidad, está la *Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana*, que las diferenció muy bien de los otros trastornos, colocándolas en el apartado de los “Trastornos psicosexuales o Trastornos sexuales y de la identidad sexual”, como un subcapítulo aparte y bien diferenciado, con el código F65.

## 2.5. Clasificaciones de las Parafilias

Desde las clasificaciones iniciales, donde cabía toda actividad sexual que no fuera la penetración del pene en la vagina de dos adultos de mediana edad, han aparecido nuevos ordenamientos, aunque las desviaciones sexuales descritas parecen no haber variado con el tiempo, excluidas la masturbación, la homosexualidad, el sexo oral y el extraconyugal.

El **DSM IV** de la Asociación Psiquiátrica Americana de 1995 (1999) plantea ocho parafilias típicas y al menos siete no especificadas.

### Parafilias típicas

- |                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. Fetichismo               | 5. Pedofilia         |
| 2. Fetichismo transvestista | 6. Masoquismo sexual |
| 3. Exhibicionismo           | 7. Sadismo sexual    |
| 4. Voyeurismo               | 8. Frotteurismo      |

### Parafilias no especificadas

- |                           |                |
|---------------------------|----------------|
| 1. Escatología telefónica | 5. Coprofilia  |
| 2. Necrofilia             | 6. Clismafilia |
| 3. Parcialismo            | 7. Urofilia    |

#### 4. Zoofilia

**Del DSM III de 1983 al DSM IV** no han habido inclusiones ni exclusiones de otras parafilias, pero en este último el frotteurismo paso a ser una parafilia típica y la zoofilia una no especificada. Y el actualmente llamado fetichismo transvestista era en el DSM III trasvestismo.

**Money (1986)** clasifica a las parafilias ordenándolas en seis categorías:

1. De sacrificio o expiatoria: masoquismo sexual y sadismo sexual.
2. De merodeo o de presa: voyeurismo y exhibicionismo. También están dentro de esta categoría los sádicos que violan, como los “sátiros” y raptan a un modo de raptofilia y luego homicidios tipo “descuartizador”.
3. Mercantil y venal: fantasías y actos de prostitución sin necesidad, no pueden lograr excitarse si no se les paga. Son formas de sadismo sexual.
4. Fetichista y de talismán: son los fetichistas que tocan pieles, cabellos o vello, y los que husmean o huelen, en la osmolagnia, sobre todo la zona de las axilas o la ingle. También están los fetichistas talismánicos, o de objetos no sexuales simbólicos, que son los clásicos fetichistas.
5. Estigmáticas o atractivas: son los parcialistas que prefieren una parte del cuerpo, o una persona con amputaciones o embarazadas.
6. Incitantes o seductoras: son los exhibicionistas y voyeuristas, pedofílicos y frotteuristas.

**Álvarez-Gayou (1996)** divide a las parafilias según la existencia de variación en los métodos de funcionamiento y en la calidad de los impulsos sexuales y la variación en la elección del compañero u objeto sexual.

#### Variación en los métodos de funcionamiento y en la calidad de los impulsos sexuales

- |                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Sadismo sexual            | 5. Nudismo                  |
| 2. Masoquismo sexual         | 6. Troilismo                |
| 3. Exhibicionismo            | 7. Transvestismo fetichista |
| 4. Voyeurismo o escoptofilia | 8. Analismo sexual          |

#### Variación en la elección del compañero u objeto sexual

- |                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| 1. Pedofilia    | 6. Saliromanía            |
| 2. Zoofilia     | 7. Gerontosexualidad      |
| 3. Necrofilia   | 8. Incesto                |
| 4. Fetichismo   | 9. Intercambio de parejas |
| 5. Frotteurismo | 10. Clismafilia           |

**Otra clasificación** es la que diferencia a las parafilias en aquellas que se producen por desviación de objeto sexual elegido y por desviación del acto sexual mismo (**Flores Colombino: 1999**).

#### Parafilias por alteraciones de la elección de objeto

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1. Fetichismo | 4. Parcialismo |
| 2. Pedofilia  | 5. Zoofilia    |
| 3. Necrofilia | 6. Coprofilia  |

#### Parafilias por alteraciones en el acto sexual

- |                             |                           |
|-----------------------------|---------------------------|
| 1. Exhibicionismo           | 6. Frotteurismo           |
| 2. Voyeurismo               | 7. Escatología telefónica |
| 3. Masoquismo sexual        | 8. Clismafilia            |
| 4. Sadismo sexual           | 9. Urofilia               |
| 5. Fetichismo transvestista |                           |

A esta clasificación se llego después de haber eliminado a la *masturbación* que se consideraba una desviación de objeto y de acto, ya que se elegía a sí mismo como objeto y no se llegaba al coito. También se eliminó a la *homosexualidad* que se tomaba como una desviación de objeto, pues se elegía a una persona del mismo sexo, aunque siguió apareciendo en su forma egodistónica como “Otros trastornos psicosexuales” desde 1973, año en que se eliminó del DSM la homosexualidad egosintónica. Ya a partir de 1987 no se incluyó ninguna forma de homosexualidad como enfermedad psiquiátrica. Otra eliminación fue la de la *gerontofilia*, o preferencia patológica por personas mayores de 60 años, debido a los avances de la ciencia para el mantenimiento de la salud de los gerontes. También se dejaron de considerar por su baja incidencia estadística, a muchas parafilias cuya existencia se reconoce. Algunas de ellas son incluso formas de presentación de las parafilias específicas o no específicas. Pero hay otras que son prácticas sexuales inhabituales, extrañas y hasta grotescas, pero que no revisten el carácter diagnóstico de parafilias, sino simples preferencias que mantenidas en la intimidad del individuo o la pareja no causan perturbación alguna, ni poseen carácter compulsivo o exclusivo.

**Flores Colombino (1999)** menciona a las siguientes **parafilias poco comunes**:

1. Braquiprosigmoidismo: patología en el método que se utiliza como estímulo sexual; introducción de la mano, hasta el antebrazo, a través del ano.

2. Clastomanía: erotización al romper cosas.
3. Dendrofilia: erotización por el contacto con las plantas.
4. Audiolagnia o escuchismo: erotización por la escucha de ruidos sexuales provenientes de un cuarto vecino.
5. Hipnofilia: erotización ante personas dormidas, semejante a la necrofilia.
6. Lacantropía: forma de sadomasoquismo por la que el individuo se identifica con un vampiro o un lobo.
7. Misofilia: erotización de la suciedad, relacionada con la coprofilia.
8. Narratofilia: erotización contando cuentos, relatos o chistes eróticos.
9. Osmolagnia: erotización por el olor de productos corporales en descomposición.
10. Pictofilia: erotización de figuras pintadas por el propio sujeto.
11. Pietofilia: erotización ante imágenes piadosas.
12. Pigmalionismo: erotización frente a estatuas o maniqués.
13. Pornofilia: actividad sexual con material sexualmente explícito; como videos, films y revistas.
14. Quinungolagnia: erotización de situaciones de peligro.
15. Transexofilia: actividad sexual con un falso transexual.
16. Triolismo: patología a nivel de la situación; solo se excita frente a dos personas del sexo opuesto.

Las parafilias fueron definidas y estudiadas desde diferentes ángulos; a continuación se describirán las características clínicas y las formas de presentación.

### 2.5.1. Parafilias por modificaciones de la elección de objeto

#### 2.5.1.1. Fetichismo

**Flores Colombino** (1999) lo define como "Parafilia por la que objetos no vivos, como ropas, zapatos, cabellos o uñas, son utilizados de manera repetida y preferida para la excitación sexual, la masturbación, el coito y la fantasía".

Los **fetiches** en los pueblos primitivos son objetos o animales venerados por los poderes mágicos que se le atribuyen. A partir de esto es que la ciencia tomó el nombre de esta parafilia, ya que los fetiches suelen contener carácter simbólico cuyo significado condiciona la vida de las personas de esa cultura.

Generalmente comienza en la adolescencia, pero con fetiches específicos que adquirieron una significación importante durante la niñez. Raramente comienza en la niñez, por condicionamiento asociativo entre el objeto y la excitación sexual. Una vez establecido, el fetichismo se hace crónico con períodos de empuje coincidentes con estrés y depresión. Es más frecuente que el fetichista sea un varón, de edad media, heterosexual, practicante habitual de la masturbación mientras mira, huele, sostiene, acaricia o manipula el fetiche. Este adquiere un valor simbólico que sustituye al objeto hétero u homosexual habitual. Los fetiches pueden ser: una prenda de vestir como corpiños, bombachas, slips, zapatos, botas, medias, ligas, etc. Se trata de un objeto necesario para la excitación sexual y su ausencia provoca disfunción eréctil y una gran frustración si la pareja no conciente a sus pedidos.

Muchas veces los excita robar objetos de otras personas, ya que los habituales de sus parejas no adquieren el valor simbólico de fetiche.

**Freud** define el Fetichismo, de manera similar a Ellis, Krafft-Ebing y otros, como el estímulo sexual del varón ante algún objeto tal como un zapato, pie, prenda interior, o pañuelo, o por objetos elaborados con algún material como terciopelo, piel, preferentemente a la misma mujer. Para él en todos los casos estudiados el significado y el propósito del fetiche era el mismo... "el fetiche es un sustituto del pene, de un pene particularmente especial que fue extremadamente importante en la primera infancia y que luego se perdió, es un sustituto del falo de la madre en el cual el niño creyó y al que no quiere renunciar".

La explicación que daba Freud era que como consecuencia del terror surgido por la amenaza de castración ante la vista de los genitales femeninos, aparecía en los niños un horror hacia la zona púbica femenina. Ya en la edad adulta este temor, inconscientemente motivado, conducía, por ej., a la homosexualidad como medio para evitar cualquier contacto con los órganos genitales femeninos odiados por su simbolismo.

Los niños que van creciendo para convertirse en fetichistas "desvían" la visión concentrándose en su lugar en el objeto que ocupaba su atención un momento antes que los castrados genitales femeninos aparecieran ante sus ojos. Este objeto precedente adopta un significado muy especial y se convierte en fetiche.

Freud no encontraba explicación al hecho de que algunos muchachos se vuelven homosexuales a consecuencia de esta experiencia, otros se crean un fetiche y la gran mayoría la supera.

Freud explicaba porqué un muchacho se hace fetichista de zapatos y otro de pañuelos; dependiendo de la última impresión recibida antes de la traumática visión de la hembra castrada. El pie o el zapato deben su atracción como fetiche, o parte de ella, al hecho de que el niño acostumbraba espiar las piernas femeninas hacia arriba, hacia sus genitales. El terciopelo y las pieles reproducen la visión del pelo del pubis que debió haber revelado el ansiado pene; las prendas interiores reproducen la escena de desvestirse, el último momento en el cual la mujer aun puede ser considerada fálica.

Fundamenta esto en que no hay o son muy pocas las hembras fetichistas.

El **DSM-IV** (1999) plantea tres criterios para el diagnóstico de fetichismo:

- A. Que se presenten durante un período de al menos seis meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (por Ej. ropa interior femenina).

- A. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B. Los fetiches no deben ser únicamente artículos de vestir femeninos como los utilizados para transvestirse (fetichismo transvestista) o aparatos diseñados con el propósito de estimular los genitales (por Ej. vibrador).

Según **Álvarez-Gayou** (1996) en el fetichismo el acto sexual se transfiere a objetos, como zapatos, guantes y medias, íntimamente ligados al cuerpo. La actividad sexual se puede dirigir al fetiche, por ejemplo al masturbarse con un zapato o se puede incorporar el fetiche a la relación sexual, por ejemplo al pedir a la mujer que use zapatos de tacón alto durante el coito. El fetichismo es en realidad una intensificación de las tendencias normales existentes en todos los hombres. Por lo tanto es posible que el símbolo del objeto básico de amor puede convertirse en el objeto de amor en sí mismo, en algunas estructuras de personalidad. Los fetichistas obtienen gratificación sexual de un objeto o alguna parte corporal particular, debido a una relación exclusiva con algún condicionamiento de su niñez. De alguna manera el objeto fetiche en particular llega a asociarse con la excitación sexual o con el amor, y con la aceptación que el fetichista recibió alguna vez de su madre. Es decir, que los hábitos de la niñez y las experiencias infantiles, reforzados posteriormente por las relaciones interpersonales no satisfactorias, constituyen las causas más frecuentes en el fetichista para la búsqueda de bienestar y placer sexual en los objetos, en vez de buscarlos en sus semejantes.

**Neira** (1983) agrega que cierto fetichismo es normal y la diferencia es cuestión de grados, se puede ver: A- alguna preferencia. B- fuerte preferencia. C- necesidad para la excitación sexual. D- sustituto por un ser viviente. Considera como verdadero fetichismo aquel que es absolutamente necesario para lograr la excitación, o cuando excita por sí mismo, independientemente de una persona.

El fetiche generalmente está ligado en la vida ordinaria a los estímulos sexuales comunes, pero adquiere un poder concentrador erotizante excesivo. También es un objeto investido de simbolismo, el fetichista le da al símbolo todo el poder y realidad que ordinariamente se asigna a la persona, y reacciona ante el símbolo erótico como lo haría ante la persona real. Es decir que no necesita el contacto directo con los genitales del otro sexo para su satisfacción erótica.

#### 2.5.1.2. Pedofilia (también llamada paidofilia)

El **DSM III** (1983) la define como la parafilia en la que el objeto sexual elegido para la excitación y relación sexual es un niño de edad prepuberal.

El **DSM IV** (1999) plantea tres criterios para su diagnóstico:

- A. que se den durante un período de al menos seis meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños pre-púberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos).
- B. los impulsos sexuales, las fantasías, o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. la persona tiene al menos 16 años y al menos es 5 años mayor que el niño. No debe incluirse a individuos en las últimas etapas de la adolescencia que se relacionan con personas de 12 o 13 años.

También plantea que hay que especificar si se da con atracción sexual por varones; por mujeres o por ambos sexos. También si se limita al incesto y si es de tipo exclusivo (solo atracción por los niños) o de tipo no exclusivo.

Según **Neira** (1983) la paidofilia es la inclinación a, o el agrado sobresaliente en satisfacerse sexualmente con niños. Este autor distingue entre la “**pedofilia**” y la “**pederastia**”; el primero se utiliza cuando se trata de un hombre con niñas, y el segundo de hombres con niños. Plantea la falta de denominación para los casos en los que es el niño o púber el que se siente atraído sexualmente hacia el adulto. Mostrando así el mito preponderante en nuestra cultura de sexualidad del niño y la creencia de que todo acto sexual entre púberes o niños y adultos es por iniciativa únicamente de los adultos.

La mayoría de las experiencias sexuales entre adultos y niños no implican violencia ni peligro físico para los niños. Este autor los divide a los pederastas y paidofílicos en dos grandes grupos; unos que por su condición impulsiva y su vida psicosocial altamente desorganizada, tienden a actuar sin discreción y son apresados por la policía u otros adultos; y otros que actúan discreta y prudentemente y no son objeto de persecución.

Estudios realizados con convictos muestran que los paidofílicos presentan un cuadro de desorganización familiar y personal, siendo frecuentemente alcohólicos, seniles, retardados mentales, sexualmente inhibidos, incapaces de posponer la satisfacción sexual, moralistas y con fuertes sentimientos de culpabilidad.

Debido a la fuerte censura que existe en nuestra cultura contra las actividades sexuales con púberes o niños los pederastas o paidofílicos suelen llevar una doble vida secreta.

**Álvarez-Gayou** (1996) plantea que la mayoría de los paidofílicos son hombres. Muchos de estos son alcohólicos o psicóticos y asociales. La edad promedio es de entre 30 y 40 años.

La agresión sexual a niños, dice, habitualmente se desarrolla en un intento por parte del pedofílico de enfrentarse con el temor de su incapacidad para las relaciones heterosexuales normales, interpersonales con un adulto sexualmente experimentado; o se basan en el intento de satisfacer un amor narcisista de él mismo a través de un niño.

Según **Flores Colombino** (1999) ya los **griegos de casi dos mil años atrás** llevaban una vida sexual muy variada. Para satisfacerla, tenían una esposa, una concubina, una prostituta, una esclava y un efebo. Este último era un niño o joven que estaba a su cargo, a quien se le enseñaba. Y era frecuente que tuvieran relaciones homosexuales. Y nadie veía esto como una desviación.

Los **niños elegidos** por los pedofílicos pueden ser sus hijos, parientes, ahijados, u otros familiares (incestuosos), o niños de familias cercanas, conocidos o desconocidos. También pueden ser primarios, secundarios, episódicos,

temporarios o crónicos.

La edad de las víctimas elegida frecuentemente por los paidofílicos es de ocho a diez años para las niñas, y de diez años y más para los niños.

Esta patología puede iniciarse en la adolescencia, pero es más común en varones de mediana edad, durante períodos de estrés o tensión. Por ésto es que suele ser episódico o temporario, en los casos que hay reiteración varias veces en la vida, se ve que son exclusivos por el propio sexo más que por el sexo contrario. El curso de esta enfermedad es crónico y difícilmente tratable.

Millones de niños son abusados sexualmente por todo el mundo, en el 90 % de los casos en su propio hogar. No todos los abusos son cometidos por paidofílicos, pero ellos cuentan con organizaciones de prostitución infantil que ofrecen sus servicios mediante fachadas de excursiones de pesca, caza o turísticos. No es raro que estas personas busquen amistad en familias que tienen niños, que ganen su confianza para lograr la intimidad con los mismos. También se ven adopciones de países lejanos y subdesarrollados o de familias pobres. Otras veces los raptan para adquirir así su satisfacción sexual.

Los paidofílicos ocultan su problema a los demás, aunque suele provocarles mucho malestar. Para esto tratan con mucho cuidado al niño, lo llenan de atenciones para ganarse su afecto y lealtad, solicitándoles que no cuenten a nadie lo que pasa entre ellos, que lo guarden como un secreto entre ellos. Generalmente son excesivamente cariñosos con sus hijos abusados, a los que nunca castigan y colocan al abuso como una muestra de cariño más. Cuando los niños se niegan a guardar este secreto surgen las amenazas y castigos de todo tipo, no solo físicos. Y muchas veces los hijos no los denuncian.

Las **conductas sexuales practicadas por los paidofílicos sobre los niños** son muy variadas. A veces se limitan a la observación de los niños, fuentes de sus fantasías. Otras los tocan suavemente, los acarician. Otras los desnudan y los acarician sexualmente. O se masturban frente a ellos. Progresivamente, pueden llegar a estimularlos oralmente en los genitales o digitalmente a nivel anal o vaginal, hasta llegar a penetraciones con objetos y variados grados de violencia que pueden lastimar al niño, o les piden que los estimulen a ellos oral o manualmente.

Según **Bianco** (1991) existe un período inicial de íntima amistad que dura de tres a seis meses antes de que el acto sexual se concrete.

También plantea que los paidofílicos son a la vez coleccionistas, ya que muchos toman fotos o filman sus actividades y organizan el material metódicamente. Si se llega al coito, anal o vaginal, es **violación**; en esos casos se suman a la patología parafilica otros delitos sexuales punibles. En los casos en que no hay penetración, porque anatómicamente puede ser imposible, hay **atentado violento al pudor**. El abuso sexual, dice, es doblemente reprochable, por la violencia y porque aunque no la hubiera, el consentimiento del niño no es válido por razones de capacidad. Tampoco es raro ver casos de paidofilia y de masoquismo sexual, en los que hay violaciones y muertes de niños pequeños, y que expresan psicopatologías más graves que superan a la paidofilia.

La paidofilia, al igual que el resto de las parafilias, provoca malestar en la persona, un deterioro social, conyugal y laboral, y su sexualidad suele ser muy primitiva y pobre. Esta suele ser una de las parafilias más chocantes para la sociedad, ya que sus víctimas son niños incapaces de un consentimiento válido o de defensa, sometidos muchas veces a su autoridad y en situación de dependencia con los victimarios. La actividad sexual se realiza entre dos personas desiguales, con una de ellas en notoria inferioridad. La sociedad lo reprueba tanto ya que la persona que debería ser para el niño fuente de protección es precisamente su victimario (**Flores Colombino**: 1999).

Es importante que los paidofílicos sean tratados, ya que son ofensores sexuales, que pueden recibir apoyo para que no vuelvan a reincidir en sus conductas destructivas.

### 2.5.1.3. Necrofilia

La palabra viene del griego Nekros (muerto) y Philea (amar).

Según **Flores Colombino** (1999) es una parafilia no especificada que se caracteriza por atracción y actos sexuales con cadáveres, personas muertas. El frío cadavérico es un verdadero excitante para el necrófilo. Ya en la antigüedad los egipcios describían esta patología, se recomendaba no entregar los cadáveres de las mujeres bellas a los embalsamadores hasta varios días después de su muerte para evitar de esta manera su profanación sexual.

**Álvarez-Gayou** (1996) plantea que la necrofilia constituye un desorden sexual inusual, que se origina a partir de un trastorno emocional profundo, casi siempre de proporciones psicóticas. Se caracteriza por la gratificación sexual ante la visión de un cadáver, o al tener coito con él, seguido en ocasiones por la mutilación del mismo. El necrófilo puede llegar a matar para obtener un cadáver, tener relaciones sexuales con él, mutilarlo y cometer canibalismo con su víctima.

Se explica este fenómeno como un intento del individuo por dominar a alguien, aunque sea un cadáver. La mayoría de los sexólogos la consideran como la más grave de todas las alteraciones sexuales.

**Neira** (1983) argumenta que la necrofilia es un fenómeno rarísimo. Es atribuido, desde la teoría psicoanalítica al miedo y al odio de las mujeres (vivas) las cuales son sustituidas por cadáveres sumisos y seguros.

**Descamps** (1975) plantea que existen tres formas de necrofilia:

- A. por sadismo: son los descuartizadores, los que destierran cadáveres, que pueden llegar hasta actos cabalísticos, o los enfermeros que copulan con los recién fallecidos.
- B. por amor: son los que hacen el amor por última vez con la mujer amada y fallecida, negando la muerte. Aquí se trataría de casos de necrofilia aislada.
- C. por semejanza: en estos casos el individuo se siente atraído por estatuas o monumentos, a lo que se denomina Pigmalionismo, proveniente de la mitología en el cual el rey de Chipre, Pigmalión, se enamoró de una estatua de

mujer que él mismo había modelado; Afrodita le dio vida a la estatua y este se casó con ella. Se encuentra semejanza entre la frialdad e inmovilidad del mármol con el de la muerte. También se relaciona con ésta la Hipnofilia, en la cual la persona se siente atraída sexualmente por personas dormidas e indefensas.

#### 2.5.1.4. Parcialismo

**Flores Colombino** (1999) plantea que es una parafilia no especificada que se caracteriza por la atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo. Se trata de un parcialismo fetichista cuando esa parte es no sexual. Pero hay hombres parcialistas a los cuales solo les excitan los pechos, las nalgas, las piernas o el ano, con exclusión de otras partes del cuerpo, por lo que necesitan de esas partes para lograr la excitación y orgasmo; generando disfunciones sexuales, conflictos conyugales y sociales.

Cada parte del cuerpo conlleva un significado erótico. Lo que sucede en el parcialismo es que hay una percepción exagerada, obsesiva y con frecuencia extravagante de cada una de esas partes. Están tan sobrevaloradas que las demás partes del cuerpo no poseen significación erótica. Las dificultades para integrar el conjunto del cuerpo, que estas personalidades inmaduras y narcisistas poseen, promueven un vínculo con una parte y no con la totalidad de la persona. Es decir que no se trata de un vínculo recíproco, sino de una relación unilateral y cosificada de la parte corporal estimulante.

El parcialista se caracteriza por ser un coleccionista fantasioso de nalgas, manos, piernas, pies, pechos, etc., de diferentes personas. Esto le genera problemas sociales y laborales ya que son capaces hasta de bajar del auto con tal de seguir una mujer de bonitas piernas o de diferentes partes del cuerpo; llegando así tarde a la casa o el trabajo o faltando a los mismos. Algunos se conforman con mirar, otros abordan a las poseedoras de su objeto de atracción sin importar edad, estado civil o disponibilidad social. Estos individuos frecuentemente sufren múltiples frustraciones y viven una sexualidad fragmentada e insatisfactoria.

**Neira** (1983) afirma que el parcialismo es un fenómeno más común que el fetichismo pero que puede llegar a estrechar las posibilidades de reacción sexual de una manera casi fetichista. El objeto que atrae todo el poder erotizante en el parcialismo es una parte o un rasgo físico de una persona. Éste puede estar ligado a zonas comúnmente eróticas, como las formas de las nalgas, o a zonas comúnmente menos eróticas, como los pies.

#### 2.5.1.5. Zoofilia

La palabra proviene del griego Zon (animal) y Philea (amor); son sinónimos de ésta bestialismo, animalismo y zooerastia.

El **DSM-III** (1983) la contempla como una parafilia específica y el **DSM-IV** (1999) como una no específica; que se caracteriza por la fantasía prevalente o la conducta de mantener relaciones sexuales con animales. Éstas conforman el método repetidamente preferido o exclusivo de conseguir excitación sexual.

**Flores Colombino** (1999) divide a la práctica zoofílica en primaria y secundaria, la **primaria** se da cuando nunca tuvo relaciones humanas y la **secundaria** cuando hubieron experiencias humanas iniciales previas a la práctica zoofílica. Es **exclusiva** cuando no tiene excitación con un humano y **no exclusiva** cuando además de las prácticas sexuales con animales mantienen relaciones con humanos. Esta es la única parafilia sobre la cual Kinsey obtuvo datos estadísticos: en Estados Unidos el 1% de los mayores de 20 años la había practicado, el 6% lo hizo entre los 14 y 16 años, el 8% del total de los hombres había tenido contacto con animales hasta el orgasmo; las mujeres llegaban a un 4%; el 40% vivía en una granja. Cabe resaltar que mientras vivían en el medio rural no reconocían su zoofilia, sólo lo hacían al trasladarse a la ciudad.

Los animales usados más frecuentemente son los domésticos o de granja; como perros, chanchos (la vagina de la chancha es la más parecida a la de la mujer), ovejas, burras, yeguas, gallinas. En el campo es común, pero no universal, que los jóvenes varones se inicien sexualmente con estos animales. La experimentación ocasional de esta práctica zoofílica, por falta de disponibilidad de parejas humanas apropiadas, no constituye una parafilia, ya que una vez que tiene acceso a la posibilidad de prácticas "normales" se la sustituye con ellas sin secuelas. Bianco (1991) las denomina "**experiencias zoofílicas**". En cambio, cuando la fantasía y la práctica se vuelven necesarias y exclusivas y se acompañan de disfunciones sexuales con parejas humanas se habla de zoofilia.

El animal doméstico más usado en la ciudad es el perro y por parte de las mujeres; éstas suelen entrenarlos para la estimulación lingual de los genitales, raramente se da el coito entre perros y mujeres.

Ya en la **mitología griega** se describían actos zoofílicos, de mujeres con toros, cisnes y otros animales. Estos inventaron las quimeras, producto de la unión de animales y mujeres, como los centauros y las sirenas. Los dioses adoptaban la forma animal para poseer a las mujeres que deseaban. Esto no era considerado una perversión, sino que se lo resaltaba como forma excepcional de culto sagrado, presente en todas las religiones antiguas. El apareamiento de la mujer del rey con un caballo está descrito en los vedas y reproducido en el templo de Katmandú. En la India era un hombre con un puma y en los andes con una llama o una cigüeña. El bestialismo fue resaltado en Egipto y las actividades sexuales eran con cabras, corderos, patos, antílopes, perros, cerdos. En el Levítico (el Éxodo y Ezequiel) se advertía a los judíos para que no yacieran con animales y se los amenazaba con la muerte. En la edad media los castigos cristianos para la zoofilia eran de años de prisión habiendo una mayor pena para aquellos que poseían una más alta dignidad eclesiástica. Hubieron personas que fueron castigadas con la hoguera debido a zoofilias, que solo terminaron con la revolución francesa.

**Neira** (1983) plantea que es común que en ambientes rurales, especialmente cuando los adolescentes tienen que cuidar animales o rebaños, aislados de otros contactos humanos, se den relaciones o juegos sexuales esporádicos con

animales. La mayoría de las veces el contacto sexual se debe a la falta de oportunidades con humanos, a la estimulación y a la curiosidad despertada por los contactos sexuales que se observan entre los mismos animales o por el deseo de novedad. A veces esto se acompaña de sadismo. En la mayoría la experiencia se limita a una o pocas veces, no se repite en la vida adulta y no tiene consecuencias a largo plazo. Por lo que no justifica tratar el fenómeno como un problema clínico con la nomenclatura de bestialidad o zoofilia

**Descamps**(1975) considera que es absolutamente comprensible que en la sexualidad fantasmática el animal ocupe un lugar privilegiado, ya que desnudo, mostrando sus órganos genitales, siempre en celo, salvaje, brutal, incansable, violento, feroz, bestial y sin remordimientos, representa al sexo en estado puro; el animal es la imagen del Ello.

En general los zoófilos son personas que tienen una particular dificultad de relacionamiento social y sexual con otros individuos. El carácter de inferioridad y subordinación al ser humano, fidelidad, sumisión y domesticabilidad, hace que los animales sean el consuelo vicario, pobre y sub-humano de los zoófilos (**Flores Colombino**, 1999).

**Álvarez Gayou** (1996) dice que la zoofilia se puede considerar como un mecanismo para evitar impotencia con respecto al otro sexo sólo cuando el patrón de comportamiento se fija. También puede representar el medio a través del cual se evitan trastornos mentales o amenazas a la vida, ya que las relaciones con cualquier mujer representarían un incesto al vérsela como su "madre". En muchos casos el individuo muestra su hostilidad o rencor hacia las mujeres identificándolas con animales o al preferir éstos sobre aquellas.

#### 2.5.1.6. Coprofilia

La palabra proviene del griego Kopros (excrementos) y Philia (amistad)

**Flores Colombino** (1985) la define como "una desviación sexual por la que se obtiene placer sexual por el contacto con los excrementos".

La defecación constituye una función natural y fuente de placer durante la expulsión, retención y relajación posterior. En la retención el placer se vincula con la fase anal sádica; la materia fecal retenida equivale al pene, aunque éste está más relacionado con el erotismo anal que con los excrementos propiamente dichos.

La fuente de placer obtenida a través de las heces es muy primitiva, en algunos primates superiores las madres comen las heces y toman la orina de sus cachorros. En la infancia los niños no rechazan sus excrementos debido a que éstos fueron producidos por su cuerpo y están cargados de libido narcisista. Ya en la adultez esta práctica tiene como origen la sumisión ante una autoridad que humilla, y tiene una raíz masoquista.

Esta parafilia también encuentra su expresión a través de la satisfacción sexual por oler papel que contiene excrementos propios o ajenos, que se guarda celosamente entre sus pertenencias, o a través de la introducción del dedo en el ano para olerlo esporádicamente. La falta de aseo y la superación del asco por la erotización de la suciedad caracterizan también a esta parafilia. La coprolagnia es una parafilia secundaria, en la que se goza sexualmente viendo defecar a otros.

### 2.5.2. Parafilias por alteraciones en el acto sexual

#### 2.5.2.1. Exhibicionismo

El **DSM IV** (1999) lo incluye dentro de las parafilias específicas y para su diagnóstico considera necesario que se cumplan dos criterios:

- A. que durante un período de por lo menos seis meses se presenten fantasías recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera.
- B. éstos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

**Flores Colombino** (1999) describe el exhibicionismo como una parafilia masculina por la que se realizan actos repetidos de exposición de los genitales a un extraño, con el fin de alcanzar la excitación sexual, sin intentos posteriores de efectuar relaciones sexuales con el mismo. Es un requisito para la excitación que el otro se sorprenda o espante. Esta parafilia conforma uno de los polos de patologización del "erotismo de la mirada". La palabra proviene del latín "exhibere" (enseñar). Esta constituye una desviación del acto, ya que no se busca agredir de otra forma a la personas víctimas de la exhibición. El acto sexual es la exhibición.

La erotización de la mirada forma parte del repertorio sexual normal, pero pasa a ser una parafilia cuando es única fuente de excitación y placer la mirada de los otros sobre ciertas partes del cuerpo como los genitales, sobre todo si causa espanto y sorpresa. La intención de sorprender puede ser conciente o no.

El individuo exhibicionista generalmente se masturba después del episodio, fantaseando de que las personas sorprendidas se excitaron sexualmente con su pene, o simplemente recordando el espanto que provocaron. El exhibicionista necesita siempre de espectadores que se asusten; si el episodio no asusta el episodio fracasa en su fin excitatorio. Por eso es frecuente que el acto se realice frente a niñas que nunca vieron un pene, ya que con una mujer mayor y o experiente el asombro puede no generarse, o incluso puede desencadenar risa o burla, lo que produce una gran frustración en el exhibicionista. Generalmente van cambiando el lugar de actuación para no ser apresados.

**Álvarez-Gayou** (1996) considera que la excitación sexual ocurre al anticipar mentalmente el sujeto tal suceso, y el orgasmo se obtiene por la masturbación durante o después de ese acontecimiento. La conducta exhibicionista comienza con el sentimiento de insignificancia o de incapacidad en quien la practica; éste espera obtener la atención que anhela mediante la exhibición. Para algunos psicoanalistas esta desviación proviene del temor a la castración; la exposición de

uno mismo explicaría el intento de desaprobación ante la posible castración. Otros afirman que constituye una modalidad extrema de autoerotismo.

El exhibicionista rara vez se exhibe cuando se halla cerca de su víctima. Generalmente lo hace estando a una distancia segura, habitualmente a 2 o 10 metros de la persona que se supone deberá observarlo.

El exhibicionismo suele ir ligado a un patrón compulsivo de comportamiento en el que el acto de exhibición ocurre en el mismo lugar y a la misma hora, evidenciando el deseo de ser aprehendido. En estos casos hay un mejor pronóstico.

La motivación psicológica, según psicoanalistas, radica en que el paciente padece de una angustia de castración, tiene dudas con respecto a su pene, su tamaño y utilidad. Con la exposición del mismo, busca inconscientemente dos cosas:

- A. que le reafirmen que tiene pene, ya que reaccionan frente a su vista.
- B. que su pene pueda atemorizar a la persona, con lo cual el ya no tendrá miedo.

También pueden haber otras motivaciones inconscientes como, "te muestro lo que quiero que tu me muestres a mí". Como en general son mujeres las sorprendidas se supondría que pretende que ellas también muestren sus genitales pero lo que buscan los exhibicionistas es que ellas les muestren un pene, al igual que fantasean los transvestistas (**Flores Colombino**: 1999).

La erotización de la mirada está en la mirada de los otros no en la del exhibicionista. Podría creerse que éste desea encontrarse con un voyeurista que goce mirándolo, pero no es así ya que no estaría el factor sorpresa.

**Neira** (1983) considera que casi no existe peligro de violación o agresión por parte del exhibicionista. Su conducta parece decir "mire, soy hombre". La mayoría de los que se exhiben lo suelen hacer por un periodo transitorio estresante o emocionalmente difícil, superado el cual no se repite el acto exhibicionista. Otros lo hacen de modo más reiterativo, lo cual los expone a un mayor peligro de ser apresados por la policía.

Para **Álvarez-Gayou** (1996) el exhibicionista masculino es típicamente una persona tímida, taciturna, sumisa, que carece de la agresividad normal y que está plagada de sentimientos de incapacidad e inseguridad. Es generalmente un individuo inmaduro; que se crió y educó en una atmósfera cultural de actitudes y reglas puritanas y estrictas acerca del sexo, y sus años de formación fueron bajo la dominación de una madre poderosa y absorbente. La edad de comienzo es generalmente a principios o mediados de la tercera década de vida. El comienzo mas tardío puede reflejar mayores trastornos emocionales, como demencia, psicosis, alcoholismo o depresión. En los casos en que están casados las relaciones sexuales con sus esposas suelen ser muy pobres. Todo esto interviene para generar en el exhibicionista dudas y temores acerca de su masculinidad.

El **DSM IV** (1999) plantea que el cuadro comienza generalmente en la infancia, se manifiesta antes de los 18 años, aunque puede empezar a cualquier edad no es común ver casos de denuncias mas allá de los 40 por lo que se cree que el cuadro disminuye su intensidad con los años.

Según **Flores Colombino** (1999) el exhibicionismo como parafilia no existe en la mujer. Pero la exhibición de partes no genitales del cuerpo es más común en la mujer que en el varón. **Álvarez Gayou** (1996) plantea que el público tiene una actitud más tolerante ante los cuerpos femeninos expuestos que hacia los masculinos, y las mujeres exhibicionistas seguramente existen pero probablemente no serán denunciadas ante las autoridades. Flores Colombino dice que es el varón exhibicionista el que suele ser denunciado por irritación de las víctimas o sus padres. La mujer posee mayor capacidad de atracción exponiendo todo el cuerpo, ya que teme ser fea o ridícula, y a la vez trata de fascinar a los espectadores de manera mágica para obtener lo que desea. En los pocos casos en los que se ve una clara tendencia de la mujer a exhibir sus genitales el psicoanálisis lo explica por la envidia del pene, equivalente al temor de castración masculina, ya que al exhibirse castrada pretende castrar al espectador, pero al mismo tiempo tiene la ilusión de tener un pene.

El exhibicionismo es una expresión inmadura y narcisista de la sexualidad, que no tiene en cuenta al otro, sino como objeto de uso o cosificación para sus satisfacciones no genitales. El exhibicionista tiene dificultades para amar, cortejar adecuadamente y formar pareja. Quien lo sufre padece además de un deterioro significativo en su vida.

### 2.5.2.2. Voyeurismo

Es una parafilia específica, complementaria del exhibicionismo, provocada por la erotización patológica de la mirada del paciente. El término proviene de un galicismo o barbarismo, "Voyeur" (veedor). Son sinónimos de ésta escoptofilia, mironismo, atisbamiento, inspeccionismo, visionismo. El **DSM IV** (1999) plantea que se deben presentar dos criterios para su diagnóstico:

- A. que se de durante un período de al menos 6 meses fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual.
- B. las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El **DSM III** (1983) añadía que este tipo de observación es el método preferido o exclusivo para conseguir la excitación sexual. También se tiene en cuenta para el diagnóstico el hecho de que la persona no busca establecer ningún tipo de relación sexual con la persona observada, aunque puede tener una fantasía que mantiene un contacto sexual con la misma. El deseo de ver el cuerpo desnudo del compañero sexual, o de observar el coito es normal; así como también el placer que una pareja experimenta al verse a sí misma frente a un espejo durante la actividad sexual. Esta práctica resulta anormal sólo cuando se la prefiere frente a las caricias o al coito ó cuando llega a ser un acto compulsivo.



**Flores Colombino** (1999) considera que a todos les gusta mirar como forma de comunicación sexual, ya que la mirada es el sentido más poderoso en el lenguaje del cortejo a distancia, pero no es voyeurismo el observar a una persona que se desviste en la playa ni el mirar pornografía para incrementar el deseo sexual, como acto preparatorio de la actividad sexual.

**Álvarez Gayou** (1996) describe a los voyeuristas como personas que presentan fantasías sexuales y actos en los que se busca la observación de personas que se desvisten, están desnudas o desarrollan una actividad sexual. Generalmente el individuo voyeurista se masturba para obtener orgasmo durante el acto de observación o después.

El trastorno comienza en la infancia, se instala antes de los 15 años de edad y posee un curso crónico. Su forma de manifestación más grave consiste en mirar como espectador la vida sexual de los demás como única forma de actividad sexual. Son sujetos que compran los artefactos necesarios para espiar mejor a vecinas y llegan a modificar sus horarios para poder estar en el momento en que estas se desvisten y acuestan, hacen el amor con su pareja o se desnudan para ir al baño. Hay voyeuristas que alquilan piezas desde donde pueden espiar a través de la cerradura o hendiduras hacia la pieza vecina, o realizan orificios en puertas y hasta paredes. Muchas veces se relaciona esto con el escuchismo, en el que obtienen placer oyendo los ruidos de las piezas vecinas. También frecuentan las villas carífi con el fin de observar a las parejas manteniendo relaciones en sus autos; lo hacen con mucha precaución para no ser descubiertos, ya que les produciría una gran frustración.

Estos fenómenos desviados se desarrollan como mecanismos de defensa contra lo que el individuo considera que se trata de una amenaza contra su autovaloración. El voyeurista se protege contra una impotencia personal en el coito volcándose a los aspectos sexuales ajenos, gozando así de una sensación de superioridad sobre aquellos a los que observa. Esto puede deberse a fijaciones relacionadas con sucesos observados por el individuo cuando era niño, el mirar a los progenitores en el acto sexual podría ser una de las causas del voyeurismo. Cuando miran el desnudo o el coito de otros, tratan de asegurarse de que no corren peligro de perder su pene como castigo por la trasgresión, repitiendo el la vida adulta, en calidad de espectador, las escenas temidas; repiten la escena traumática con el deseo de ejercer un control sobre ella. A veces lo que tienen que mirar está determinado con un carácter específico dependiendo del tipo de situación traumática vivida en la infancia.

Pero, según **Flores Colombino** (1999) el voyeurista no se calma totalmente cuando mira estas escenas, aunque le provoca una alta excitación sexual y luego o concomitantemente se masturba con las fantasías o la visión real que observa. Esto lo vuelve insaciable y lo hace incrementar sus experiencias, exponiéndose a ser descubierto o denunciado al tratar de ver más y más, o repitiendo con mayor frecuencia sus incursiones de atisbamiento y espionaje.

Es una parafilia casi exclusiva del sexo masculino, pero cuando se la ve en mujeres los actos se desplazan hacia escenas sádicas o destructivas, como disfrutar mirando películas de terror, catástrofes, guerras, accidentes, operaciones quirúrgicas, etc.

Al igual que el resto de las parafilias posee una estructura narcisista fuertemente arraigada, por lo que son incapaces de amar. Los voyeuristas no pueden llevar una vida sexual normal, ni laboral, ya que las fantasías y conductas invaden sus vidas, haciendo que se sientan incompletos. Pero no suelen consultar por esta causa, sino más bien por una disfunción sexual, trastornos del humor o ansiedad.

**Neira** (1983) plantea que existe una minoría de voyeuristas que son ladrones o violadores. Éstos se distinguen de los no peligrosos, ya que entran a las habitaciones o llaman la atención de la persona observada con toses o golpecitos en la ventana.

El voyeurismo ocasional es practicado por la población en general y alimentado por el cine y valores machistas como los concursos de belleza y el arte erótico. A diferencia de esta práctica normal el voyeurista compulsivo presenta una preferencia insaciable de este modo de satisfacerse sobre otras conductas sexuales, y al crearse la oportunidad secretamente y sin que la mujer observada lo sepa y en medio de algún riesgo.

Hay voyeuristas con todo tipo de personalidades, desde retardados mentales o borrachos hasta personas de vida relativamente ajustada. Generalmente son hombres jóvenes, tardíos en sus experiencias heterosexuales y presentan cierta inseguridad en sus capacidades sexuales por timidez o sentimientos de inferioridad. Generalmente actúan solos, aunque en la adolescencia algunos lo hacen en parejas o grupos, y casi todos pertenecen a una clase socioeconómica inferior.

### 2.5.2.3. Masoquismo sexual

**Neira** (1983) lo define como el placer sexual que acompaña a la estimulación erótica y que conlleva dolor o sumisión extrema.

El **DSM IV** (1999) la considera una parafilia específica y plantea la necesidad de que se cumplan dos criterios para hacer este diagnóstico:

- A. durante un período de 6 meses o más, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento.
- B. éstos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Flores Colombino** (1999) considera que la característica del masoquismo reside en la producción de excitación sexual, de modo preferido o exclusivo, a través de ser humillado o atormentado, o de participar intencionalmente de actividades en las que se es lastimado físicamente o en las que se pone en peligro la vida.

Este trastorno adquiere su nombre a partir de la figura histórica del novelista austriaco **Leopold Von Sacher-**

**Masoch** (1836-1895); éste era un doctor en leyes que experimentó una larga carrera de agresiones masoquistas. Krafft-Ebing en 1986 toma el nombre de Masoch para designar la erotización del dolor recibido. Su primer amor era una mujer mayor que él, que lo hacía víctima de su desprecio a través de insultos y que finalmente lo abandonó por un aventurero ruso. Luego conoció una princesa que lo tomó como criado y secretario hasta que se cansó de él. Después de varios líos amorosos se casó con una mujer, que se negaba a flagelarlo, por lo cual la obligó a presenciar el castigo que le infligía su doncella, haciendo que su esposa, con el fin de darle placer, lo flagele; pero esto no era suficiente, también quería que ella le sea infiel, por lo cual saca un aviso pidiendo un hombre vigoroso para mantener relaciones con su esposa, pero esta no acepta y lo abandona. Luego Masoch se casa con su secretaria, quien lo complacía en todo (**Álvarez Gayou**: 1996).

Este autor piensa que el masoquismo se da más frecuentemente que el sadismo, lo cual podría deberse a que en nuestra sociedad y religión no se juzgan los daños auto-infligidos, o a que éste implica el alivio del sentimiento de culpa que se genera por la actividad sexual (“el placer erótico debe castigarse”). El masoquista no busca el dolor en sí, el dolor accidental no le genera excitación, sino que debe ser un dolor planeado.

El masoquismo se desarrolla a partir de una actitud de vergüenza y disgusto con respecto a las relaciones heterosexuales normales, por lo que el masoquista se sirve del dolor y el castigo hacia sí mismo para quitarse la culpa que está relacionada con sus deseos sexuales. Muchas veces su compañero sexual es identificado con una figura paterna o materna, a la cual era sumiso en su infancia; un ejemplo de esto es el recuerdo a los golpes en la niñez que le genera, momento en el cual sentía placer sexual mientras que se le golpeaba, generando una sensación centrada en las zonas erógenas de la piel y los músculos alrededor de las nalgas.

Para **Flores Colombino** esta parafilia comienza en la infancia y tiene como punto de partida situaciones violentas vividas en el ámbito familiar, pero su aparición en forma de fantasías masturbatorias se lo ve en la adolescencia y a través de conductas en la adultez. Suele ser de curso crónico, habiendo periodos de mayor intensidad que se exacerban en momentos de estrés o al pasar los años, aunque también se ven casos en los que se estabiliza sin que se produzca un incremento de frecuencia con el tiempo. Generalmente estos individuos tienden a aumentar la necesidad de dolor por lo que cada vez se exponen a situaciones más peligrosas, pudiendo incluso llegar a perder la vida en éstas.

Las conductas masoquistas son variadas: la forma de ser humillado incluye el ser orinado, defecado, obligado a arrastrarse, a imitar animales, a suplicar, a vestirse con ropa del otro sexo; obligado a ser tratado como un niño en el infantilismo, que le hagan perforaciones en la piel o en los genitales (infibulación). En la realidad se ven que hay fantasías aún más crueles como la tortura con picanas, violación por múltiples personas, castigos con diferentes objetos hasta la muerte.

Las prácticas masoquistas se realizan a través del castigo infligido por sus parejas con diferentes objetos que impliquen dolor, sufrimiento y sangrado. También hay casos donde ellos mismos se auto-castigan en la flagelación, pueden atarse con alambres, pincharse con agujas o producirse descargas eléctricas. También utilizan el atado de muñecas y tobillos a las camas o el vendaje en los ojos, insinuando con esto que están a merced de lo que el otro quiera hacer con ellos. En la vida se les hace difícil encontrar parejas que estén dispuestas a realizar estas conductas agresivas por lo cual los masoquistas tienden a auto-agredirse. Los ayuda a salir de esta vida solitaria el hecho de encontrar parejas dispuestas a hacer caso a sus pedidos, pero éstos parecen siempre insuficientes y el masoquista pide mayor sumisión para su satisfacción.

Esta parafilia se presenta mayormente en el sexo masculino, en una relación de una mujer por cada 20 hombres.

El masoquismo y el sadismo tienen como sinónimos la “algolagnia”, que proviene del griego “algos” (dolor) y “lagnia” (atracción patológica).

#### 2.5.2.4. Sadismo sexual

El **DSM III** (1983) lo describe como aquella parafilia en la que, con una pareja que no da el consentimiento, el individuo inflige repetida e intencionalmente sufrimiento físico o psicológico con el fin de obtener excitación sexual y, con una pareja que da el consentimiento, la manera repetida y preferida o exclusiva para obtener excitación sexual combinando la humillación o el sufrimiento corporal simulado o ligero; también se pueden infligir lesiones corporales intensas, permanentes o posiblemente mortales.

El **DSM IV** (1995) la plantea como una parafilia específica e incluye dos criterios para su diagnóstico:

- A. que se presenten durante un período de al menos 6 meses, fantasías recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.
- B. estas conductas generan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Flores Colombino** (1999) la describe como una parafilia en la que hay modificaciones del acto sexual por la erotización del dolor, completando de esta manera el par sadismo-masoquismo, en el que el placer se obtiene a través del sufrimiento ajeno.

**Álvarez Gayou** (1996) define el sadismo sexual como una variación en la que la satisfacción sexual se obtiene al generar un dolor físico o psíquico al compañero sexual. La finalidad del acto agresivo no es más que asegurar la gratificación sexual.

El término sadismo proviene del asignado por Krafft-Ebing, inspirado en la obra del **Marqués de Sade** (1740-1814), un autor francés que escribió extensamente acerca de sus experiencias sexuales, las que incluían varios matrimonios

y arrestos por actos de crueldad a mujeres y por administrar drogas afrodisíacas venenosas a sus invitados y cortar las venas a una mujer a la que tenía confinada en un prostíbulo. Sade fue educado por el rigor y los castigos físicos sin contacto afectivo de sus padres, lo que era común en la época. Escandalizó a su época a través de su liberación sexual; se cuenta que una vez realizó cortes en la piel de una mujer y luego los llenó de cera caliente, otra vez flageló y dio altas dosis de cantárida a una criada para lograr su excitación, quien casi muere. Fue denunciado en estas oportunidades y recorrió varias cárceles francesas terminando luego en la Bastilla, gracias a la influencia de la familia de su esposa. Nunca se rehabilitó socialmente, escribió varios libros y murió a los 74 años en el asilo de alienados de Charenton.

Los actos típicos de dolor físico infligidos por el sádico son azotar, morder, pinchar y abofetear. En las manifestaciones verbales aparece bajo una modalidad de insinuaciones sarcásticas, menosprecio, amenazas, maltratos contra la víctima.

**Flores Colombino (1999)** agrega que también pueden verse actos como inmovilizar físicamente a la víctima, atarla con los ojos vendados a la cama o contra un objeto firme, darle una golpiza, azotarla, perforar el cuerpo con objetos punzantes, quemarla con cigarrillos, aplicarle descargas eléctricas, efectuarle cortes, intentos de estrangulación, obligar a la víctima a arrojarse, a comer excrementos, encerrarla en una jaula y hasta el homicidio. También forman parte de actos sádicos las violaciones con penetraciones anales y vaginales violentas. En algunos casos se ve que el individuo debe realizar cada uno de estos actos para obtener su satisfacción sexual, en cambio en otros solamente practican uno de estos actos, como estrangular a la víctima, sin siquiera violarla, el placer lo obtienen viéndola sufrir, teniendo un dominio total y presenciando su agonía.

El sadismo se da en diferentes grados, desde la evocación de fantasías durante el acto sexual hasta las prácticas sádicas con consentimiento de la persona agredida y el sometimiento de personas contra su voluntad para realizarlas. Un cierto monto de agresividad es común en las actividades sexuales normales, pero en el sadismo esta agresividad es excesiva. El psicoanálisis plantea que la regulación de los componentes sado-masoquistas normales se da por una resolución adecuada de los conflictos sádico-anales del desarrollo psicosexual y por la elaboración de situaciones traumáticas agresivas a las cuales el niño estuvo expuesto. Estas situaciones se fantasean a partir de la relación que se hace del acto sexual de los padres con la violencia, ya que escucha quejas y gritos que interpreta como dolorosos. También por la identificación con sujetos agresivos, como el padre o la madre, o con personas agredidas que desean vengar, como la madre humillada o el padre despreciado por los hermanos castigados, por lo que cuando llega a la adolescencia o a la adultez el individuo adopta conductas sádicas.

**Álvarez-Gayou (1996)** agrega que otras causas del sadismo sexual pueden verse en enseñanzas concientes o inconscientes a tenerle aversión a todo lo concerniente al sexo (sus actos sádicos constituyen un castigo al compañero por involucrarse en algo tan denigrante). En el hombre otra causa radica en el temor a la castración (debido al sentimiento de inferioridad), y a través del sadismo le demuestra que él es más poderoso que su compañero. El compañero sexual resulta amenazador para el sádico hasta que éste no se convence a sí mismo de que el papel dominante en las relaciones sexuales lo desempeña él. En otros casos las actividades sádicas se usan como método para exteriorizar la hostilidad hacia sus progenitores.

El sádico suele ser masoquista al mismo tiempo o sucesivamente. Éste puede identificarse con su víctima, sintiéndose culpable de sus actos por lo que tiende a volver inconscientemente su agresividad contra sí mismo. Aunque esto no es tan frecuente ya que muchas veces tienen severos trastornos de personalidad, con una infancia y adolescencia caracterizada por frialdad y violencia con animales, niños y mujeres (**Paris: 1995**).

Las fantasías sexuales sádicas generalmente tienen inicio durante la infancia y los actos empiezan en la adultez joven. Cursa con cierta estabilidad, aunque en períodos de estrés o depresión puede haber un incremento del deseo de avanzar en prácticas cada vez más violentas. En etapas específicas de la vida del sádico, como el duelo por una ruptura amorosa, la muerte de uno de los padres, pueden darse crímenes seriados con o sin descuartizamiento y ocultamiento de cadáveres. Los sádicos sexuales son los “niños terribles” de la sexualidad. Son los “ofensores sexuales” por excelencia (**Flores Colombino: 1999**).

El sadismo sexual conlleva disfunciones sexuales cuando no se presentan los estímulos de humillación y violencia; las fantasías sádicas son las únicas que pueden generar la respuesta deseada. Generalmente no acuden a consultas médicas por su patología, sino que lo hace su mujer, llena de miedo por las propuestas de actos y por las prácticas en contra de su voluntad.

El sadismo sexual se encuentra con más frecuencia entre los hombres, quizás debido a la naturaleza agresiva de los mismos.

En el extremo del sadismo sexual se halla el “asesinato por lujuria”, en el que la víctima tiene que ser asesinada y mutilada con el fin de generar una gratificación sexual en el individuo. En los verdaderos asesinatos por lujuria no se da la relación sexual, sino que el orgasmo se alcanza con el acto mismo de asesinar y mutilar. En estos casos se habla de niveles psicóticos de enfermedad mental.

### 2.5.2.5. Fetichismo Transvestista

El **DSM IV (1999)** lo toma como una parafilia específica y argumenta la necesidad para su diagnóstico de que se presenten dos criterios:

- A. que durante un período de al menos 6 meses, se presenten fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse, en un varón heterosexual.
- B. éstos le generan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Plantea que hay que especificar si éste se presenta con disforia sexual, es decir, si el individuo presenta malestar

persistente con su papel o identidad sexuales.

**Álvarez Gayou** (1996) dice que los transvestistas experimentan placer y relajamiento cuando usan las ropas del sexo opuesto, y manifiestan fruición por la sensación física de la ropa y por su aspecto al observarse en el espejo. El transvestismo en el hombre le permite expresar el lado sensual, gracioso, delicado, suave, fino y tierno de su naturaleza, una parte de él mismo que le permite identificarse con el género femenino y que la sociedad no le permite expresar.

La práctica generalmente comienza en la niñez y se considera muchas veces como una evocación del rechazo hacia el sexo del hijo por parte de los progenitores. También se hallan antecedentes de castigos de niños con uso de ropas femeninas. En ocasiones la práctica no se inicia hasta la adolescencia, época en la que se puede realizar sin el rechazo de los padres y lejos de la vista de los demás.

El patrón de intercambio sexual de vestuario varía entre los transvestistas. En algunos casos las ropas femeninas se usan constantemente; en otros el hombre tiene una predilección fetichista por alguna prenda especial del vestuario femenino, por ejemplo el sostén, el cual generalmente utilizan bajo sus propias prendas masculinas; en otros puede haber una tan intensa ilusión de usar ropa femenina que el transvestista abandona la ropa masculina y se dedica a pleno a disfrazarse como si fuera mujer de modo permanente.

Por lo tanto, afirma **Flores Colombino** (1999), lo que diferencia el fetichismo con ropa de mujer del fetichismo transvestista, es que en el primero el placer esta dado por la ropa en sí misma, en cambio, en el segundo el placer sexual se obtiene usando la ropa de mujer.

Hay varios tipos de fetichismo transvestista: primario, secundario, parcial, total, asociado al masoquismo sexual, solitario, ocasional, integrado a una subcultura transvestista o con disforia de género.

La evolución depende de cómo fue el primer acto de fetichismo transvestista: si fue solo "parcial", o solo usó una prenda, como bombacha, sostén o lencería íntima bajo la ropa masculina, o uso tacos altos o medias femeninas, todos estos que pueden pasar desapercibidos; o si fue un transvestismo "total o completo", que incluye además ropa exterior y maquillaje.

En los casos parciales generalmente evolucionan hacia la forma total, puede comenzar con la masturbación con una ropa favorita que usa, y luego la debe tener puesta durante el coito. En los casos de transvestismo completo, llegan a adoptar gestos, adquirir habilidades y buen gusto para la vestimenta y maquillaje, y se rasuran las zonas expuestas. Generalmente tienen un variado y completo vestuario, independientemente del nivel económico, ya que suelen invertir, haciendo un gran sacrificio, el dinero necesario para la satisfacción de su parafilia.

Esta parafilia también puede presentarse de manera ocasional, no generando grandes perturbaciones en la vida sexual.

En los casos de transvestismo "solitario" el sujeto se transviste parcial o totalmente frente al espejo, logrando grados de excitación muy elevados, con múltiples orgasmos. Esto puede generar un tipo de vida erótica casi inalcanzable de otro modo en cuanto a intensidad o puede generarles disfunciones sexuales. Al ser solitarios generalmente no tienen parejas, pero si las tienen, ellas consienten sin cuestionarlos, ya que se benefician de sus altos rendimientos sexuales.

Esta parafilia solo se registra en varones heterosexuales, por lo cual cuando se integran a la subcultura transvestista suelen atraer a otros hombres por su belleza, pudiendo producirse algunas actividades homosexuales ocasionales.

Cuando aparece una disforia de género (incomodidad con su sexo masculino) pueden surgir deseos de vivir permanentemente con ropa de mujer, llegando incluso a realizar tratamientos hormonales y cambios quirúrgicos de sexo.

Es muy raro que estos sujetos consulten por su transvestismo en sí, cuando consultan lo hacen más bien por depresiones, angustias o disfunciones sexuales. Algunos mantienen esta conducta transvestista en la intimidad y otros son más abiertos y la pueden compartir con amigos y familia. Es muy raro que tengan inconvenientes con la Ley.

La excitación sexual provocada por el uso de ropas femeninas generalmente va disminuyendo con el paso del tiempo y puede incluso llegar a desaparecer, o puede en ocasiones servir para disminuir la ansiedad, la depresión o contribuir a una sensación de paz y tranquilidad (**DSM IV**: 1999).

Las personas se transvisten en 4 casos:

- a. el transexualismo, en el que lo hacen desde su trastorno de identidad sexual.
- b. el fetichismo transvestista.
- c. la homosexualidad de varones y mujeres, ya que les facilita el ejercicio de la prostitución homosexual.
- d. el transformismo, que se ve en la actividad cinematográfica y teatral profesional.

Únicamente se debe a causas patológicas en los dos primeros casos; ya que los travestis callejeros suelen ser homosexuales en su gran mayoría y no portadores de una parafilia.

#### 2.5.2.6. Frotteurismo

El **DSM III** (1983) lo incluye como una parafilia atípica; pero en el **DSM IV** (1995) cambia de clasificación, pasando a ser una parafilia específica, debido al incremento de casos comunicados. Son sinónimos de esta palabra erotismo y frotage.

Esta parafilia tiene como característica fundamental la frotación del cuerpo de otra persona que no conciente (Flores Colombino: 1999).

El **DSM IV** (1995) establece la necesidad de que se cumplan para su diagnóstico dos criterios:

- A. que se presenten durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar una persona en contra de su voluntad.
- B. estos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la

actividad del individuo.

**Álvarez Gayou** (1996) plantea que en este fenómeno el hombre para lograr el orgasmo frota su pene contra las nalgas u otra partes del cuerpo de una mujer vestida o acaricia con sus manos, sin autorización, a su víctima. Generalmente se practica en sitios donde hay muchas personas, como en los medios de transporte. El frotteurista suele ser una persona extremadamente pasiva y aislada.

Según **Flores Colombino** (1999) cualquier lugar donde hayan aglomeraciones es ideal para poner en práctica sus actos, aceras estrechas, desfiles, manifestaciones, cines, etc. Estos aprietan sus genitales contra los muslos o nalgas, o tocan los pechos o genitales, mientras fantasean estar viviendo una verdadera relación sexual. La mayoría de mujeres tomadas como víctimas reaccionan enojándose, gritando, pegando o huyendo rápidamente, aunque los frotteuristas cuentan que un porcentaje importante de mujeres acepta sus caricias, y esto depende en gran parte del buen aspecto del parafilico, por lo que puede terminar en el arreglo de una cita, pero a la que raramente llega ya que el placer mas intenso está en el frotamiento sin consentimiento.

Hay frotteuristas de muchos tipos:

- a. exclusivos, sólo se excitan con esta práctica, y no exclusivos, cuando además tienen parejas y mantienen relaciones sexuales.
- b. parciales, se conforman con un rozamiento mínimo, y completos, cuando obtienen el orgasmo durante el rozamiento.
- c. selectivos, acechan a mujeres acompañadas o que poseen determinadas características, y no selectivos, avanzan a cualquier tipo de mujer.

El frotamiento puede darse de manera compulsiva, disimulada, discreta o brusca.

La enfermedad se ve con mayor frecuencia en varones, en edades de entre 15 y 25 años; gradualmente se produce una declinación de la frecuencia. Una de las causas del frotteurismo radica en experiencias infantiles traumáticas, como el haber sido tocados o haber tocado a adultos.

Es una actividad normal y universal el placer obtenido a través del roce o toqueteo corporal; esta constituye una experiencia sensorial primitiva y muy gratificante. Pero la diferencia está en que el placer del frotteurista se produce de manera preferida o exclusiva por tocar a alguien que no conciente y no por la actividad genital, es decir, que radica en la trasgresión.

Hay culturas de contacto, como las latinas, árabes y judías y culturas de no contacto, como las anglosajonas, que admiten en mayor o menor medida el contacto breve entre personas que no tienen una íntima relación. Por lo cual no hay que confundir el frotteurismo con el placer natural del contacto que se produce entre los cuerpos en lugares de aglomeración, como festivales de música, o durante bailes con parejas que consienten y en contactos circunstanciales e involuntarios, como en los que hay roces de brazos, codos, rodillas, o en cualquier lugar en que la distancia íntima es invadida sin protesta.

Generalmente consultan debido a orden judicial, o por disfunciones sexuales o baja frecuencia sexual, o por depresión o estrés, momentos estos dos últimos en los que se incrementa la práctica.

### 2.5.2.7. Escatología telefónica

Según **Flores Colombino** (1999) es una parafilia no especificada, en la que la característica predominante es el uso de llamadas telefónicas obscenas como medio para obtener la excitación sexual. El individuo usa varios recursos relacionados con la erotización del sentido del oído y de la fonación, por la que hay un compromiso de todo lenguaje verbal. El contenido de los mensajes puede ser coprolático, es decir utilizar malas palabras, o pueden ser frases sexualmente excitantes o emisión de vocales de sonidos como gemidos, rugidos rítmicos y gritos imitando el orgasmo.

Las llamadas escatológicas pueden ser de diferentes tipos:

- A. personas que no consienten y que se las sorprende y molesta con suspiros o propuestas indecentes o comentarios sobre lo que les harían, mencionando detalles con el fin de excitar a la persona. Si no hay una indignación y corte inmediato el parafilico tiene tiempo para manifestar su repertorio, generalmente estudiado de forma detallada. Si hay un corte rápido en la conversación le genera frustración y comienza a llamar de manera insistente.
- B. Personas que consienten, en las que se suele involucrar el hombre y la mujer, y durante la cual se excitan hasta lograr el orgasmo de ambos. Aunque en la realidad no mantienen relaciones sexuales, sino que solo a través del teléfono detallan las fantasías, actos que están haciendo y se desnudan y masturban; utilizando el teléfono como equivalente el otro, colocando el tubo sobre los genitales. Una de las maneras de encontrar una pareja que consienta es a través de avisos en revistas o periódicos, aunque en algunas ocasiones se lo puede descubrir entre amantes. Algunas parejas utilizan la escatología telefónica como un modo de serle fiel a sus parejas, la frecuencia de las llamadas telefónicas puede ser de una intensidad variable. Es raro que consulten por bajos rendimientos sexuales en sus relaciones. Esta parafilia se ve tanto en mujeres como en hombres.

Muchas empresas (hot-lines) prestan servicios, en los que hay mujeres que satisfacen verbalmente las fantasías de los usuarios, utilizando descripciones detalladas de su busto, genitales y otras partes del cuerpo según las preferencias del cliente. Muchas veces se utiliza un lenguaje ingenuo, fingiendo ser vírgenes próximas a ser violadas.

Aquí se produce excitación por la escucha, hay una erotización de oído, aunque a veces puede haber al mismo tiempo una erotización del lenguaje.

Internet amplió la oferta de material pornográfico interactivo, y la computadora sustituyó al teléfono como método de comunicación sexual, que solo aprovecha el habla y la escucha, mientras que en la computadora se agregan la imagen y el sonido haciendo más fácil la pornofilia.

### 2.5.2.8. Clismafilia

Es una parafilia no especificada. El término proviene del griego “klister” (enema) y “philia” (amor). Se refiere al placer erótico obtenido de la aplicación de enemas o lavativas (**Álvarez-Gayou**: 1996).

**Flores Colombino** (1999) plantea que se encuentra entre las parafilias que erotizan patológicamente las funciones digestivas, y particularmente las que erotizan la parte terminal del intestino, a través del llenado con líquido (enema).

Suele desarrollarse en la infancia, siendo el resultado del descubrimiento de una sensibilidad erótica en la porción baja del intestino, debido a la utilización de enemas y supositorios, aplicados de manera excesiva por muchos padres a sus hijos. En la mayoría de los casos los aplica la madre, por lo que se cree que el clismafilico podría asociar su tendencia sexual con el hecho de ser cuidado por la madre. Se utilizan estímulos ano-rectales con enemas sustituyendo así la actividad sexual coital, lo que se debería a una regresión defensiva contra deseos genitales.

**Rodriguez** (1996: 369-376) considera que la clismafilia es un tipo de coprofilia, ya que se obtiene placer a través de enemas y supositorios, erotizando así la parte final del intestino.

### 2.5.2.9. Urofilia

El término proviene del griego “uron” (orina) y “philia” (amor). Son sinónimos de ésta la urolagnia y el ondinismo.

**Flores Colombino** (1985) señala que es una parafilia no especificada, en la que el sujeto requiere para alcanzar el orgasmo, oler o saborear orina, observar a alguien orinar o escuchar el ruido del mismo.

**Paris** (1995) define a esta parafilia por la excitación sexual que se genera por la orina y su emisión.

**Palem** (1975) plantea que el trastorno proviene del interés general por todo lo que sea agua en la naturaleza. Se puede manifestar en diversos grados:

- A. masturbación acompañada por el olor de un pañuelo empapado en orina.
- B. escucha del chorro de orina.
- C. observación de otros orinando.
- D. que el compañero sexual orine sobre él (práctica llamada “lluvia dorada”).
- E. beber la orina del compañero sexual.

Forma parte de la mayoría de las personas el obtener cierta excitación sexual cuando se observa a otro orinando. Pero se convierte en patológico cuando provoca una excitación sexual intensa y excluyente. El urofilico generalmente va seguido al baño para poder ver a personas orinando, pero muchas veces se lo confunde con homosexual.

Filogenéticamente, el olor a orina es significativo; los animales suelen marcar su territorio con ella, para ahuyentar a los rivales y atraer a las parejas. En la infancia, los niños suelen ya mirar y escuchar la orina de sus amiguitos, al jugar campeonatos de quien orina más lejos. Lo mismo sucede en torno a la curiosidad sexual infantil, y se lo ve en los niños que quieren ver a sus padres cuando entran al baño a orinar o defecar.

## 2.6. Causas de las Parafilias

**Karpan** (1975) plantea que las parafilias derivan de la **atmósfera familiar y social enferma** en que se desarrolla el niño. Cuando los padres tratan con represión enfermiza, evasiones, racionalizaciones y prohibiciones estrictas a la ingenua curiosidad sexual infantil y a los juegos sexuales de los niños, cierran el camino a un desarrollo sexual normal e inclinan al niño a que en su adolescencia tenga manifestaciones parafilicas.

**Kolosimo** (1974) sigue este planteamiento teórico y postula que las parafilias nacen en la infancia y la primera adolescencia, edad en que los deseos secretos son inevitables, aunque éstos podrían dejar de serlo si se educara con el diálogo y el conocimiento de estas posibilidades.

La ignorancia que preserva la inocencia infantil es un error que ha traído muchos males a la humanidad, entre ellos, las parafilias. Enfrentar la sexualidad con inteligencia, amplitud, apertura y naturalidad, previene las parafilias.

Según **Flores Colombino** (1999) no existe ninguna teoría que explique todos los casos de parafilia o todas las parafilias en su conjunto. Pero hay teorías que son válidas para determinados casos.

Este autor hace un recorrido de las teorías que considera tienen mayor relevancia en el campo clínico al respecto de las parafilias:

**Experiencias accidentales.** Para **Tiefer** (1980) las experiencias accidentales vividas por el niño y el adolescente pueden ser determinantes en la psicogénesis de las parafilias. Algunas veces una experiencia de excitación, aunque sea única, puede ser suficiente; pero en otros casos debe ocurrir constantemente para provocar la fijación. **Money y Ehrhardt** (1982) dicen que estos años tempranos son de fundamental importancia para sentar las bases precedentes de todas las parafilias, aunque no se puede definir de modo más explícito el efecto a largo plazo de las experiencias eróticas sobre la función psicosexual y erótica definitiva.

**Las experiencias infantiles repetidas.** Como ser vestidos con ropa del otro sexo por sus padres que esperaban tener un hijo del sexo contrario, o por las niñeras; el mirar los genitales de los adultos o las actividades sexuales y también la ridiculización de sus genitales por feos o pequeños, o de sus capacidades eróticas, se reviven en la adolescencia con formaciones parafilicas. Las humillaciones o castigos físicos de los padres a los hijos, se pueden transformar luego en agresiones sádicas o masoquistas, así como la urolagnia o erotización de la micción, o la clismafilia o erotización del enema, o el travestismo, son formaciones que compensan su vergüenza o humillación anterior. La parafilia permite conquistar y superar la ansiedad vivida en la infancia.

Si bien el inicio en la actividad sexual por parte de un compañero de más edad o de un adulto pueden determinar el desarrollo de las parafilias, cuando estas situaciones son adecuadamente abordadas por los adultos pueden no manifestarse los efectos a largo plazo. Los fundamentos de la normalidad o anomalía sexual, como las parafilias, se

establecen mucho antes de la pubertad hormonal; esta última solo establece el grado de despertar con respecto a una imagen, que ya está previamente determinada por tener cierto grado de potencia evocadora. **Las parafilias responden a un polideterminismo secuencial multivariado (Money y Ehrhardt: 1982).**

**Las fantasías sexuales de la masturbación adolescente.** Son de suma importancia en la aparición de las parafilias, cuando tienen un contenido que las favorece, como las de exhibicionismo, voyeurismo o travestismo. Las fantasías mayormente experimentadas por las personas son de contenido sexual sádico y masoquista. La rigidez, la limitación estrecha de la fantasía en un espectro de respuesta e imágenes poco comunes, suele ser una constante del futuro parafilico.

**La búsqueda adulta de experiencias nuevas. Flores colombino (1999)** plantea que la persona que en su infancia y juventud fue sometida a una intensa represión sexual, en la adultez puede buscar aventuras sexuales, vivir diferentes experiencias que no entran en los límites permitidos, como un acto de liberación. Se lo puede ver con la bisexualidad, el uso de artefactos, el cambio de parejas y todo esto puede no tener consecuencias para su vida sexual. Pero la práctica del sexo en grupo, de mirar el coito de otros, o exhibirse ante personas conocidas y desconocidas, prácticas sadomasoquistas y otras, pueden poner de manifiesto la existencia de una disposición a las parafilias, que de otra forma no se hubiera manifestado. También pueden llegar a tener un carácter adictivo, una vez traspasada la barrera, queda insaciado el placer consiguiente. Aunque, según **Tiefer**, para aquellos cuyo interés en el sexo es pura curiosidad y no proviene de ningún conflicto psicológico, la experimentación se convierte en auto-limitante.

**Otras causas Money (1988)** recopiló información de neurólogos que hallaban una relación entre la epilepsia del lóbulo temporal y algunas parafilias, como el fetichismo y el travestismo compulsivos, que con el tratamiento antiepiléptico o con electroconvulsoterapia mejoraron. Se trataba de pacientes varones y se acompañaba de una sexualidad grosera y desinhibida. Sus conductas equivaldrían a fugas epilépticas o estados crepusculares incoercibles. También hay casos en que los pacientes mejoran con litio o antidepresivos o reguladores del humor, lo que llevó a plantear la posibilidad de que las parafilias estén relacionadas con ciclos maniaco-depresivos heredados. A su vez se mencionan como posible causa de las parafilias los casos de hiperandrogenismo en que la testosterona está muy elevada, y que mejoran con el tratamiento con antiandrógenos.

## 2.7. Mecanismos involucrados según las diferentes escuelas

### 2.7.1. Psicoanálisis

Señala como origen de las parafilias una **experiencia traumática** única o repetida por fijación en el complejo de Edipo y sirven para negar la posibilidad de castración.

**Freud** Centra su atención en el **complejo de Edipo**. Para el niño el primer objeto erótico es el seno materno que le alimenta, luego este amor objeto se completa abarcando a la persona entera de la madre del niño, debido a las atenciones que ella presta al cuerpo del niño se convierte en su primera seductora. La madre representa el primer y más fuerte amor, el objeto y el prototipo, para ambos sexos, de las posteriores relaciones amorosas.

Luego surgen diferencias en cuanto al desarrollo en el niño y en la niña. El niño debe dominar simultáneamente su complejo de Edipo y su complejo de castración. Este drama ambivalente de amor, odio y renuncia representado a los tres o cuatro años es luego reprimido, pero todas las reacciones e impulsos emocionales antagonistas quedan en el inconsciente, pudiendo perturbar el desarrollo del ego tras la pubertad. En las niñas aparece la envidia por el pene, como se da cuenta que su madre también es castrada hace un vuelco y coloca al padre como objeto de amor, queriendo ella ocupar el lugar de su madre. Su deseo primero consiste en tener el pene de su padre a su disposición pero luego este hace un viraje hacia el deseo de tener un hijo de él como obsequio. Las versiones del complejo de Edipo masculino y femenino son diferentes pero relacionadas. En los varones la amenaza de castración lleva a la resolución del complejo de Edipo; en las niñas, en cambio, el efecto de la carencia de pene es lo que las impulsa a su complejo de Edipo.

La explicación que daba Freud era que como consecuencia del terror surgido por la amenaza de castración ante la vista de los genitales femeninos, aparecía en los niños un horror hacia la zona púbica femenina. Ya en la edad adulta este temor, inconscientemente motivado, conducía a que desarrollen diferentes formas de parafilias.

Esta teoría plantea que las “perversiones” son signos de inmadurez, fallas en la represión acontecidas en la infancia polimórficamente perversa, común a todos los niños.

### 2.7.2. Teoría de la conducta

Considera a las parafilias como el producto de un **aprendizaje incorrecto**, a través del mecanismo del **modelado o imprinting**, por experiencias sexuales del período de diferenciación sexual y de la pubertad.

**Neira (1983)** postula que el proceso de aprendizaje interviene con los mismos mecanismos y leyes en la conformación de la conducta excepcional (parafilia), lo que sucede es una sustitución de estímulos, no se obtiene la excitación por el estímulo esperado (mujer), sino por otros estímulos “externos” (fetichismo, pedofilia, masoquismo, etc.). La conducta consumatoria, excitación y orgasmo, debido a que es un reflejo es la misma que en las conductas más comunes y los efectos sensoriales también son los mismos (reforzantes).

Hay una cantidad sin fin de estímulos que pueden llegar a producir una respuesta erótica por condicionamiento. La sustitución de estímulos y la adquisición de nuevas respuestas se pueden realizar de varias formas. Una de ellas es a través de la asociación de fantasías con orgasmo en la masturbación. El origen de la fantasía puede ser una primera experiencia real, que va adquiriendo progresivamente más poder debido a la retroalimentación positiva proveniente del condicionamiento. También se puede aprender debido a la observación de modelos reales en la familia o en otras

personas significativas. Las conductas producidas adquieren un significado sexual reforzante que es exagerado por la presencia de intimidad física, afecto recibido o sensaciones agradables. Luego, los padres pueden mantener la conducta del niño o adolescente de modo instrumental. A su vez la conducta se autoreforza por su capacidad de desviar la atención de estados mentales desagradables, es decir que se refuerza también por consecuencias no sexuales, reductoras de tensión.

Una vez que se adquiere un tipo de respuesta sexual se arraiga profundamente y se manifiesta como si proviniera de lo más íntimo de la persona. No por aprendido es superficial, fácilmente controlable o modificable a voluntad. Este autor las considera conductas normales, aunque socialmente no aprobadas.

A veces las variedades de conducta sexual son la resultante de un bloqueo o condicionamiento negativo que impide la asimilación, o el aprendizaje, de las pautas de conductas culturales, a la vez que permite otro condicionamiento atípico o culturalmente desaprobado. El carácter represivo de la sexualidad de ciertas culturas y algunas características idiosincrásicas, genera en algunos individuos un condicionamiento por evitación que impide que aprendan las pautas culturales y, en cambio, aprendan otras conductas que, aunque no aprobadas culturalmente, son parte del comportamiento de los humanos y de los mamíferos en general. Este doble aprendizaje, en fases sucesivas o simultáneas, explica muchas de las conductas de tipo excepcional que se manifiestan en nuestra cultura. Este autor cita como ejemplo la educación a niños con una actitud represiva con respecto a su sexualidad, generando el sentimiento de que es algo de lo que no se puede ni hablar, algo vergonzoso y pecaminoso; lo que frecuentemente impide que el individuo se condicione en el sentido de las pautas más comunes de conducta, como ser la heterosexualidad.

En nuestra cultura se crean muchos conflictos psicosexuales en los miembros, debido a los fuertes signos, tanto positivos como negativos, que se asignan a la sexualidad.

### 2.7.3. Perspectiva sexológica

**Money (1986)** centra su explicación acerca de las causas de las parafilias en la **vandalización del “lovemap” o mapa de amor**.

Un mapa de amor no está presente al nacer como una lengua nativa, se diferencia a medida que pasan los años. Es un modelo evolutivo que se forma en la mente y el cerebro, y que proporciona una imagen única del amor. Desde el punto de vista evolutivo, el programa de evolución erótico sexual se origina en los primeros años de vida (entre el primero y el quinto), se completa hacia el octavo, pero sólo se manifiesta en su plenitud después de la pubertad. Como resultado de este proceso la mayoría de las personas se definen como heterosexuales, pero algunas se diferencian como homosexuales o bisexuales.

El ser humano además de variar la orientación en la búsqueda de objetos, puede enriquecer su programa erótico sexual con muchas variantes y ornamentaciones. A veces éstas llegan a constituir las parafilias.

Money homologa el desarrollo y la diversidad de la sexualidad humana con el desarrollo del lenguaje y la diversidad de las lenguas. Los seres humanos son erótico sexualmente inacabados al nacer. Al ser sus cerebros susceptibles de información postnatal tienen la posibilidad de modificar y enriquecer su programación pre-natal. El completamiento del programa tiene lugar por la estimulación del medio a través de los sentidos, como la vista, el tacto, el oído.

El “lovemap” representa al amante idealizado y también a la actividad erótico sexual idealizada. Este modelo puede ser proyectado en la imaginación o en un amante real.

A medida que el “lovemap” se va formando describe al amante idealizado y lo que como pareja se desea hacer con el otro en una relación idealizada, romántica, erótica y sexualizada. Este modelo primero existe en la imaginería mental, en sueños y fantasías y luego puede ser trasladado con un compañero a lo largo de la vida.

Según este autor es un requisito indispensable para la formación saludable de este patrón que el juego de ensayo erótico-sexual tenga lugar en la infancia con otro niño de edad acorde. El hecho de que un niño sea expuesto abruptamente a las expresiones erótico-sexuales de los adultos daña la formación de este patrón. **La vandalización de los lovemaps, a través de abusos sexuales en la infancia, sería una de las causantes de las parafilias.**

Durante la fase de alimentación postnatal, en la infancia, importantes traumas erótico sexuales pueden impedir la consolidación del lovemap. Cuanto más tempranamente sea un niño expuesto a prácticas para las que no está preparado, y cuanto mayor sea la edad de quien abusa del niño mayor es el daño causado.

Si bien las patologías de los lovemaps tienen su génesis en la infancia, se manifiestan a pleno después de la pubertad.

En las parafilias, dice Money, hay un desdoblamiento entre amor y lujuria en el diseño del mapa del amor. El amor y el vínculo por amor están comprometidos porque la genitalidad continúa funcionando al servicio de la lujuria pero de acuerdo a las especificaciones de un mapa de amor rediseñado y vandalizado, y también con frecuencia compulsiva.

El mapa del amor rediseñado se manifiesta a sí mismo en la fantasía y al estar en la fantasía en la actuación real. Una parafilia típicamente tiene una existencia dual, una en la fantasía y otra como fantasía llevada a la práctica. En el criterio de su imaginería mental, una parafilia es un mapa del amor que en respuesta al abandono, supresión o traumatización de su formación, se ha desarrollado con distorsiones, ya sean omisiones, desplazamientos e inclusiones que de otra manera no tendrían lugar en ella.

Una parafilia permite un despertar pseudoerótico, actividad genital y orgasmo, pero sólo bajo el amparo (en fantasía o actividad real) de la imaginería especial de la parafilia. Una parafilia es una estrategia para tornar tragedia en triunfo de acuerdo a los principios de la teoría del proceso oponente. Esta estrategia preserva a la lujuria pecaminosa en el mapa del amor pero disociándola del amor santo o puro.

La sexofía (filosofía del sexo característica de cada religión mayor) influencia el desarrollo de los lovemaps de la



infancia y sus parafilias. La característica definitiva de la sexofía en el cristianismo es la doctrina de la ruptura entre amor santo y lujuria pecaminosa. Esta doctrina es totalmente penetrante en todas las instituciones de la cristiandad contemporánea. De una manera u otra, frecuentemente indirecta, penetra en todas las prácticas de educación de los niños. Por lo cual penetra, de forma inevitable, en la formación de los mapas del amor en los tempranos años de la infancia.

## Capítulo 3. Maltrato Infantil

### Primera parte: Abuso Infantil

#### 3.1. Evolución Histórica del Abuso Infantil

**Cantón Duarte y Cortés Arboleda** (1997) plantean que si bien el abuso infantil existe desde hace mucho tiempo, recién en los últimos 150 años fue emergiendo como un problema social; acompañado de varios mecanismos socio-legales que se han encargado de él. Al principio la atención puesta en los malos tratos a niños estaba destinada a corregir el problema de los niños vagabundos e indigentes.

En la **primera mitad del siglo XIX** los reformadores sociales, que tenían un fuerte componente religioso, centraron su preocupación en la creación de reformatorios juveniles y orfanatos.

La preocupación en el maltrato infantil se centraba en el impacto negativo que podría tener a largo plazo en la moral de éstos y a que de adulto podrían no respetar la ley, y no en el sufrimiento inmediato de los niños. Por lo que cuando los niños eran institucionalizados, no recibían tratamiento especial por el abuso o el abandono, sino que eran tratados como la mayoría de otros niños internados por otras razones, como orfandad o pobreza. (**Giovannoni**: 1989).

**Hasta finales de la década de los cincuenta** la definición y la intervención en el abuso y abandono infantil estaban restringidas al campo legal y de los servicios sociales; no habiendo una conciencia pública del problema fuera de estas áreas.

Fue a **principios de los años setenta**, cuando debido al aumento de niños que llegaban a los servicios médicos con lesiones no accidentales, que se realizó un simposio sobre el abuso infantil en el encuentro anual de la Academia Pediátrica Americana, organizado por **Kempe** y sus colaboradores. También publicaron un artículo, utilizando por primera vez el término "**síndrome del niño maltratado**" (Kempe et al., 1962). Además Kempe generó una campaña con el fin de que se promulgue una ley obligando a los médicos a denunciar los casos de abuso infantil, despertando de este modo la conciencia de la gente respecto al tema. Al poco tiempo se legisló sobre este tema y también se creó un nuevo organismo federal, el *Centro Nacional sobre el Abuso y el Abandono Infantil* (National Center on Child Abuse and Neglect). Aunque todavía estaba implícita, debido a la adopción del término de "síndrome del niño maltratado", la idea del abuso infantil basada en la figura del padre-agresor con trastornos psiquiátricos, no reconociéndose ningún tipo de responsabilidad por parte de la sociedad. Es decir, que el tratamiento se dirigía a los abusadores, no habiendo una conciencia de la necesidad de un tratamiento paralelo dirigido al niño objeto de abuso.

#### 3.2. Definición del maltrato infantil

Si bien las definiciones conceptuales en torno al abuso y abandono físico presentan algunas deficiencias, es sobre todo cuando se intenta traducirlas a nivel operacional cuando se encuentra la mayor barrera.

**Zuravin** (1991) considera que **para definir el maltrato infantil** se deben tener en cuenta una serie de principios generales, como la *división de las categorías en subcategorías*, la *claridad conceptual* (especificación de criterios que debe cumplir la conducta), la *mensurabilidad* (operacionalización en conductas observables y medibles en grado, frecuencia y duración) y la *adaptación de los criterios operacionales a la edad del niño* (ya que determinadas conductas pueden ser vistas como abandono físico a una edad y como sobreprotección a otra).

**Zuravin** (1991: p. 114) define al **maltrato físico infantil** como "las agresiones físicas al niño por parte de uno o ambos padres biológicos o adoptivos, de otras personas que vivan con el cuidador, del compañero/a sentimental del progenitor encargado de su custodia (viva o no en la misma casa) o de cualquier otra persona en quien los padres deleguen su responsabilidad que puedan poner en peligro el desarrollo físico, social o emocional del niño". Y al **abandono físico** lo define como "aquellas conductas de omisión en los cuidados físicos por parte de los padres o del cuidador permanente del niño que pueden provocar o provocan daños físicos, cognitivos, emocionales o sociales o daños a otros o a sus propiedades como resultado de las acciones del niño".

**McGee y Wolfe** (1991: p. 6) consideran que "la definición conceptual del **maltrato psicológico** debería restringirse a las comunicaciones entre padres/hijo que pueden dañar la competencia social, emocional o cognitiva del niño, en función de las vulnerabilidades que presenta (especialmente su nivel evolutivo). Y al **abandono psicológico** lo definen como "la ausencia de una atención positiva de los padres hacia el niño".

**Cortés y Cantón** (1995) plantean la existencia de **cinco subtipos de malos tratos psicológicos**: rechazo/ degradación, aterrorizar, aislamiento, corrupción y explotación.

El **rechazo/ degradación** se observa en conductas como la negación a ayudar, insultar, despreciar o humillar públicamente al niño.

El **aterrorizar** se ve en los actos de amenazas con matarlo, lesionarlo o abandonarlo si no se comporta de acuerdo

con las demandas del cuidador. También se lo aterroriza a un niño cuando se lo expone a la violencia o amenazas dirigidas hacia un ser querido, o cuando se lo castiga cuando no alcanza las expectativas irrealizables que tiene el cuidador para con el niño.

El **aislamiento** está constituido por las acciones del cuidador que privan al niño de las oportunidades de establecer relaciones sociales.

La **corrupción** se observa en el modelado de conductas antisociales o en la estimulación de creencias desviadas en el niño.

La **explotación** se ve en conductas como las de asignar al niño trabajos que deberían ser hechos por adultos y que interfieren en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño.

La **incidencia de los malos tratos** se desconoce debido a la falta de una definición del abuso infantil unánimemente aceptada por todos los investigadores, porque los malos tratos se dan en la intimidad, lo que hace muy difícil detectarlo, y porque las personas en general, y los profesionales en particular son muy reacios a denunciar ante la sospecha de malos tratos (Starr: 1988).

Muchos profesionales opinan que la causa principal del abuso infantil radica en los problemas psicológicos, por lo que la imposición de una condena no sería la respuesta más apropiada, llevando la persecución criminal a que los padres no quieran recibir tratamiento por temor a que sus declaraciones sean usadas en su contra. Además, si el proceso penal termina con la libertad del perpetrador, éste puede decidir no seguir ningún tratamiento o interpretar la exculpación como una licencia para continuar con los malos tratos. Por otro lado, el proceso legal puede requerir la declaración de la víctima con los posibles efectos negativos que esto conlleva.

Por esto los trabajadores sociales habían optado por recurrir a la vía judicial en un pequeño número de casos, según el tipo de abuso sufrido por el niño. Generalmente recurrían a la justicia en los casos de abandono físico o de abusos sexuales, e intentaban llegar a un acuerdo con los padres en los casos de malos tratos físicos y de abusos emocionales. Otro factor decisivo era la gravedad y la frecuencia de los malos tratos, por lo que era más probable que recurran a la justicia en los casos más graves y más frecuentes.

### 3.3. Diferentes formas clínicas de presentación del maltrato infantil

Según Ahumann *et al.* se debe considerar como maltrato infantil "toda acción u omisión que provoque un trastorno en el desarrollo psicofísico emocional y social del niño". Este se puede presentar a través de diversas formas clínicas.

#### 3.3.1. Maltrato emocional o psicológico

Surge cuando los adultos en contacto con los niños presentan actitudes de negligencia o actos en concreto, que dificultan la nutrición emocional del niño necesaria para su normal desarrollo psíquico, generando trastornos en la esfera intelectual y emocional.

Si los actos o actitudes negligentes se instauran precozmente, y duran un período prolongado, los trastornos psíquicos pueden ser irrecuperables, contribuyendo en un futuro a la aparición de una generación de adultos inadecuados en el trato hacia los niños.

La existencia de maltrato emocional puede llevar a trastornos del desarrollo (aprendizaje, habla, emocional, retraso mental, retraso del crecimiento psicosocial), trastornos psicósomáticos y funcionales (cefaleas, enuresis, encopresis, trastornos del sueño, anorexia), conductuales (masturbación compulsiva, aislamiento, retraimiento, agresividad, escapadas del hogar, conducta antisocial, juegos sexuales inapropiados para la edad), psiquiátricos (auto mutilación, psicosis) y neuróticos (estructuras obsesivas, fobias, depresión, ansiedad, regresión).

Las formas de maltrato psicológico o emocional se pueden dar a través de:

- Inversión del papel familiar, el niño es incapaz de cumplir con las demandas exigidas por los padres, especialmente las del tipo afectivo, debido a la edad.
- Rechazo hacia el niño, puede comenzar con la ignorancia y terminar con un rechazo recíproco, ya que el niño descubre que no existe posibilidad de comunicación.
- Aislamiento de la familia, son padres que no dedican tiempo al niño, debido al exceso de vida social o porque éste ocupa un lugar irrelevante entre los hermanos (trato discriminatorio, niño problemático).
- Amenaza sistemática, debido a normas muy exigentes incumplidas por el niño y que pueden llevar a terrores nocturnos e insomnio.
- Intolerancia, frialdad, pasividad y desprecio hacia el niño.

#### 3.3.2. Maltrato por negligencia

Se produce cuando los padres o cuidadores mantienen una actitud pasiva y no brindan al niño las necesidades mínimas adecuadas en relación a la vivienda, vestido, nutrición, higiene, educación y cuidados médicos.

Se observa a través de las siguientes manifestaciones:

- Falta de higiene, mal vestido, palidez, tristeza, apatía.
- Peso por debajo de lo esperable y déficit nutricional sobreañadido.
- Falta de interacción madre e hijo.
- Desarrollo no acorde con la edad cronológica.
- Mejoría manifiesta y rápida durante su internación.

#### 3.3.3. Maltrato por abuso sexual

Aparece cuando el niño está inmerso o depende de actividades sexuales, que por su desarrollo inmaduro no puede realmente comprender y sobre las que es incapaz de dar su consentimiento. Suele darse en el contexto socio familiar, donde el niño es víctima de relaciones con familiares (incesto) o con adultos íntimos de la familia.

**Manifestaciones que se deben tener en cuenta:**

- Conductuales; juegos sexuales inapropiados para la edad, fracaso escolar, fuga del hogar, aislamiento social.
- Psicósomáticas; trastornos del sueño, dolor abdominal, cefaleas, enuresis, encopresis, masturbación compulsiva, trastornos de la alimentación.
- Enfermedades venéreas de transmisión sexual, infecciones urinarias recidivantes.
- Lesiones anales o vulvares.
- Embarazo.

**3.3.4. Maltrato físico**

Implica el uso de la fuerza física por parte de los padres o cuidadores con el objeto de castigar al niño, provocándole un daño físico intencional y no accidental que da lugar a lesiones de diverso tipo y gravedad.

Se debe sospechar ante:

- Versión contradictoria entre el relato de los padres y las lesiones que presenta el niño.
- Retraso en la búsqueda de asistencia médica.
- Lesiones en piel en diferentes estadios evolutivos.
- Hematomas y contusiones localizadas en zonas no prominentes.
- Mordeduras, alopecia traumática, lesiones en mucosa bucal (quemaduras, hematomas, pérdida o fractura de dientes).
- Quemaduras de cigarrillo en periné, en genitales y nalgas o en extremidades.
- Lesiones esqueléticas de forma recurrente.

**3.4. Factores de riesgo asociados con el maltrato infantil (Ahumann *et al.*)**

**Macro-estructurales**

Maltrato institucional: Déficit de estructuras y Servicios (salud, educación, bienestar y justicia)	Sociedades competitivas que disminuyen la solidaridad
Olvido de los Derechos Internacionales del Niño	Redistribución desequilibrada de la riqueza
Disminución del papel del niño	Aceptación cultural de la violencia

**En los Padres**

Trastornos psicopatológicos	Relaciones parentales violentas
Abusados en su infancia	Baja autoestima
Violentos y depresivos	Fácil paso al acto
Con escasa dedicación a los hijos.	Disminución de la capacidad de tolerancia a la violencia
Exceso de vida social	Alcoholismo y drogadicción
Madres maltratadas por el marido	
Padres ignorantes en el cuidado del niño	

**En los Hijos**

No deseados	Con problemas durante el embarazo
De familias numerosas	Adopción
Menores de tres años	Retrasados mentales
Prematuros o con bajo peso al nacer	Con malformaciones
Nacidos en períodos de crisis	Con fracaso escolar
Separación precoz madre-hijo con ruptura de enlaces afectivos normales	Problemáticos

**Socioculturales y Económicos**

Pobreza	Aislamiento social
Vivienda deficiente	Promiscuidad y prostitución
Desocupación	Delincuencia

**3.5. Causas de los malos tratos**

**3.5.1. Explicaciones tradicionales**

A. El modelo psiquiátrico/psicológico

Luego del simposio sobre el Síndrome del niño maltratado organizado por Kempe en 1961, durante la década siguiente el tema quedó restringido al campo de la medicina y de la psiquiatría, por lo que las causas se estudiaban desde este punto de vista. El abuso infantil se consideraba el resultado de unos padres con trastornos de la personalidad y del comportamiento (**Pianta, Egeland y Erickson, 1989**).

- **Personalidad:** en la actualidad se cree que sólo entre un 10 y un 15% de los padres abusivos ha sido diagnosticado con un síntoma psiquiátrico específico (**Ammerman: 1990**). En general las investigaciones indican que existen

ciertas variables de personalidad de los padres que pueden desempeñar un papel importante en los malos tratos a los hijos. Los padres abusivos suelen tener dificultades para controlar sus impulsos, presentan una baja autoestima y escasa capacidad de empatía. También relacionan el abuso infantil con la depresión y con la ansiedad de los padres (**Milner, Hasley y Fultz: 1995**).

- **Alcoholismo y drogadicción:** se ha encontrado una fuerte relación entre el consumo de drogas y el abuso infantil. **Murphy et al.** (1991) hallaron que las madres que habían consumido drogas durante el embarazo presentaban mayores niveles de estrés en la crianza y por la conducta del niño. El consumo de alcohol era la mejor variable predictora de los malos tratos físicos, mientras que el consumo de cocaína era la variable que mejor predecía el abuso sexual.
- **La transmisión intergeneracional del abuso infantil:** se cree que el haber sido víctima de abuso infantil durante un tiempo prolongado guarda relación con la posibilidad de que el individuo llegue a convertirse en un padre abusivo (**Milner: 1994**).

La **teoría del aprendizaje social** plantea que el haber sido víctima y/o observar un comportamiento abusivo durante la infancia aumenta la probabilidad de convertirse en un padre abusivo, debido a que la conducta agresiva se aprende en la infancia y posteriormente se expresa durante el ejercicio de la paternidad. Los **teóricos del apego** consideran como otro mecanismo explicativo al modelo interno de trabajo desarrollado por el niño. Los niños que han sido maltratados por las personas encargadas de cuidarlos desarrollan modelos en los que esperan que los demás sean hostiles con ellos y los rechacen. Los que han sido abandonados esperan que los demás no estén disponibles y que sean incapaces o no tengan ganas de atender sus necesidades (**Egeland: 1993**).

La transmisión intergeneracional también puede implicar una filosofía sobre la disciplina por parte de los padres. Se ha encontrado que la creencia en la legitimidad de una disciplina física dura es una variable mediadora entre haber experimentado este tipo de disciplina y su utilización cuando adulto. Además los niños maltratados tienen dificultad con la regulación de la emoción, con la agresión y con la empatía, por lo que el maltrato y el abandono infantil pueden promover un tipo de personalidad hostil que puede desencadenar el maltrato (**Simons et al., 1991**).

Aunque este ciclo del abuso se puede romper, ya que muchas veces los niños maltratados no se convierten en padres abusivos.

Los teóricos del apego consideran que el maltrato se transmitirá de generación en generación si las experiencias negativas tempranas no se recuerdan e integran dentro de unos modelos internos de trabajo revisados sobre las relaciones. En cambio, el apoyo emocional de un adulto importante durante la infancia puede llevar a que los niños establezcan unas relaciones positivas que afecten al contenido de sus modelos internos de trabajo. Un denominador común entre los padres que sufrieron abuso infantil pero que no maltratan a sus hijos es la presencia de unas relaciones emocionales de apoyo que modifican sus sentimientos y expectativas (**Belsky: 1993**). Los sujetos que fueron maltratados físicamente pero que percibían un alto nivel de apoyo social presentaban unas puntuaciones inferiores en posibilidad de abuso que los individuos maltratados que percibían un bajo nivel de apoyo social.

- **Cognición social:** se ha encontrado que las madres que maltratan a sus hijos expresan las emociones de forma menos clara, por lo que, aparte de privar a los niños de una importante información sobre las formas y significado de la expresión emocional, se facilita la espiral de violencia al aumentar sus dificultades para reconocer las primeras señales de cólera de la madre (**Camras et al., 1988**).
- **Estilo interactivo y prácticas de crianza:** se encontró que en las familias negligentes se producen más interacciones padres-niño negativas y menos positivas. Las madres negligentes se muestran más críticas, más directivas y menos capaces que las controles de suministrar atención positiva a la actividad de juego de sus hijos. También los padres físicamente abusivos apoyan menos a sus hijos y les dirigen menos conductas positivas, como enseñarles, jugar con ellos, hablarles o alabarlos y más conductas negativas y aversivas. A su vez, responden menos a las iniciativas de los niños y les expresan menos afecto. En general los padres que maltratan a sus hijos utilizan más las estrategias de crianza punitivas, mientras que las familias del grupo de control recurrían más al razonamiento (**Whipple y Webster-Stratton: 1991**).

## B. El modelo sociológico

Los teóricos de este enfoque postulan que las variables relativas a la salud mental del individuo desempeñan un papel secundario en la etiología del abuso físico o del abandono. En cambio, creen que son las variables sociales las que juegan un papel central. Este modelo se centra en las condiciones sociales provocadoras de estrés que socavan el funcionamiento de la familia, así como en los valores y prácticas culturales que estimulan la violencia social y los castigos corporales de los niños (**Chaffin, Kelleher y Hollenberg: 1996**). Este modelo considera a los padres como víctimas de las fuerzas sociales, centrándose en las interacciones de la familia con la sociedad y en las consiguientes presiones que debe soportar. Algunos factores económicos como la pérdida del trabajo o la poca satisfacción en el mismo con frecuencia se relacionan con los malos tratos. Además, el que los padres no tengan un sistema de apoyo social que mitigue su nivel de estrés hace que se vayan aislando socialmente, lo que vuelve más factible que ocurran los malos tratos.

- **El estrés familiar:** éste se asocia con el abuso infantil y se presenta por diversos factores, como la desventaja socioeconómica (aunque muchos niños pertenecientes a familias pobres no son maltratados), la falta de uno de los padres y el número de hijos (**Starr: 1988**).
- **El aislamiento social de la familia:** es un factor clave del abuso infantil, ya que el estrés producido por este empobrecimiento social puede fortalecer la predisposición de una familia a la violencia; por el contrario, una persona

con un sistema social fuerte, que le apoye, estará en mejores condiciones para hacer frente al estrés económico o de cualquier otro tipo. El apoyo social cumple tres objetivos fundamentales en la prevención de los malos tratos, como son la prestación de ayuda para el cuidado del niño, facilitar el acceso a los recursos en momentos de crisis y permitir que observadores externos controlen lo que sucede en la familia.

- **Aceptación social de la violencia:** los análisis transculturales apoyan el supuesto de que determinadas prácticas de crianza que se utilizan en algunos países facilitan la ocurrencia de los malos tratos. En general el castigo físico de padres hacia sus hijos es visto como un método de disciplina necesario y como una práctica positiva que permite convertir a los niños en buenos ciudadanos. Por lo que los padres castigan físicamente a sus hijos para corregir sus conductas inapropiadas (Fry: 1993).

Un factor importante en la explicación cultural del abuso infantil es la actitud general de la sociedad hacia los niños. Por ejemplo en una sociedad donde se cree que los niños son propiedad de los padres y que éstos pueden disponer como consideren oportuno, es difícil eliminar el maltrato, ya que los padres están educando a sus hijos en una sociedad violenta.

- **Organización social de la comunidad y abuso infantil:** se ha encontrado que en las áreas donde hay una mayor movilidad de sus residentes existen tasas superiores de malos tratos. Se observan también tasas superiores de malos tratos en las áreas contiguas a otras zonas con un elevado nivel de pobreza. Otros factores que se relacionan con altas tasas de abuso infantil son los trastornos familiares y los problemas de adaptación del niño, como ser el tráfico de drogas, delincuencia juvenil o paternidad adolescente. Por lo que se ha llegado a la conclusión de que el maltrato infantil es una manifestación de la organización social de la comunidad y que su presencia se relaciona con algunas de las mismas condiciones macrosociales que están también en el origen de otros problemas urbanos (Coulton *et al.*, 1995).

- **Modelo centrado en el niño:** los teóricos de este enfoque sugieren que ciertas características que presenta el niño (llorón, pedante, desobediente) pueden provocar frustración y estrés en los padres, aumentando la probabilidad de maltrato (Azar: 1991).

Starr (1988) plantea que como los estudios empíricos sobre las variables del niño son retrospectivos resulta difícil determinar si un comportamiento del niño es la causa o la consecuencia de los malos tratos. Considera que las variables de riesgo relacionadas con el niño se pueden agrupar en tres áreas; edad, estado de salud y conducta del niño.

Los niños de menor edad tienen más probabilidad de sufrir malos tratos físicos, ya que pasan más tiempo con sus cuidadores y dependen más de ellos, por lo que pueden desarrollar más conductas frustrantes o aversivas para con sus padres. Además, su menor desarrollo cognitivo les capacita menos para anticipar y evitar los castigos.

En cuanto al estado físico se observa más maltrato en los niños que presentan alguna discapacidad.

En relación a la conducta del niño se ha encontrado que los niños maltratados físicamente presentan más conductas disruptivas.

### 3.5.2. Modelos de segunda generación o enfoque de la interacción social

Consideran que para poder entender los procesos del abuso infantil hay que tener en cuenta en una interacción dinámica las variables de los padres, del niño y de la situación.

#### A. Modelo ecológico de Belsky

Se fundamenta en un sistema de *cuatro niveles interactivos* que contribuyen al desarrollo del comportamiento, incluidos a los malos tratos. Ven al *individuo* como inmerso en una serie de sistemas cada vez más amplios: la *familia* (microsistema), la *comunidad* (exosistema) y la *cultura* (macrosistema). Todas estas influencias interactúan para dar lugar a determinadas transacciones familiares que pueden resultar en abuso infantil (Belsky: 1993).

#### B. Modelo transaccional de Cicchetti y Rizley

Plantean que el maltrato es de naturaleza multicausal y además incluyen factores potenciadores del abuso infantil y factores compensadores. Los *potenciadores* aumentan la probabilidad de maltrato, mientras que los *compensadores* actúan como amortiguadores. A su vez, los dos tipos de factores pueden darse de forma permanente o transitoria. Por lo que los malos tratos sólo se darían cuando los factores potenciadores superan a los compensadores. La transmisión intergeneracional opera incrementando la vulnerabilidad o disminuyendo los factores de protección (Cicchetti y Rizley: 1981).

#### C. Modelo transaccional de Vasta

Explica los malos tratos físicos en las familias y en el contexto de la disciplina de los hijos basándose en las *actitudes y estrategias de disciplina utilizadas por los padres abusivos y su reactividad emocional*. Algunas veces el agresor golpea porque cree que así obtendrá algún beneficio, y otras, especialmente cuando está altamente activado, lo hace de forma involuntaria o impulsiva como respuesta a estímulos internos o externos. Si bien las respuestas de los padres relacionadas con el inicio del castigo están gobernadas por *procesos operantes*, la intensidad de los golpes proporcionados estaría dada por los *procesos impulsivos*. Se considera necesario para que se de la conducta abusiva, además, que se den dos condiciones, un comportamiento aversivo por parte del niño y un ambiente estresante para los padres (Vasta: 1982).

#### D. Modelo transicional de Wolfe

Se centra en el desarrollo de la conducta abusiva dentro del contexto familiar. La aparición de malos tratos durante la crianza tiene lugar según una transformación gradual de las relaciones padres/hijos, desde unas interacciones normales a otras muy nocivas. Esto se da a través de una *secuencia de tres estadios*; parte de una fase caracterizada por una *escasa tolerancia al estrés* y por una *desinhibición de la agresión*. Luego se da un estadio de *escasa habilidad para manejar las crisis agudas y las provocaciones del niño*, que se caracteriza por la activación emocional condicionada. Y por último, se presenta un estadio en el cual se puede establecer un *modelo habitual de fuerte activación y agresión* con los miembros de la familia que perpetúe el uso de métodos de crianza basados en la afirmación del poder.

Los procesos psicológicos relacionados con la expresión de la cólera, la activación y las reacciones de afrontamiento de los adultos incluyen los principios del aprendizaje operante y respondiente para la adquisición y el mantenimiento de la conducta, los procesos cognitivo-atribucionales que influyen en la percepción y en las reacciones del individuo a los acontecimientos estresantes y los procesos de condicionamiento emocional que determinan el grado de activación fisiológica del individuo, el malestar percibido y el autocontrol en situaciones de estrés. Estos procesos psicológicos (aisladamente o en forma combinada) pueden atenuar o acentuar el impacto de cualquiera de los factores principales relacionados con el abuso infantil (Wolfe, 1987).

#### 3.5.3. Modelos de tercera generación

##### A. La teoría de Milner del procesamiento de la información social

Se centra en el *papel que desempeñan los padres en el maltrato infantil*. Plantea la existencia de *cuatro estadios de procesamiento cognitivo y un estadio final cognitivo-conductual* que se corresponde al acto del abuso propiamente dicho. El *primer estadio* se corresponde con las percepciones de los padres de la conducta del niño. Los padres abusivos suelen presentar distorsiones en la percepción y sesgos en la representación de los hijos y sus conductas. El *segundo estadio* está constituido por las interpretaciones, evaluaciones y expectativas de los padres sobre la conducta del niño. Los padres abusivos tienden a realizar atribuciones estables e internas sobre la conducta negativa del niño y atribuciones inestables y externas sobre las conductas positivas. En la *tercer etapa* se da el proceso de integración de la información y selección de la respuesta. Los padres abusivos tienen dificultades para integrar la información adecuadamente, lo que afecta la selección de respuesta. La *última etapa* corresponde a la ejecución y control de la respuesta. Los padres abusivos tienen menor capacidad para controlar y modificar la conducta (Milner: 1995).

##### B. Teoría del estrés y del afrontamiento de Hillson y Kuiper

Se fundamenta en que las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres pueden desempeñar un papel clave en la determinación de los malos tratos físicos y del abandono a los hijos. Plantean *cuatro elementos principales*, entre los que se incluyen los posibles factores de estrés, las evaluaciones cognitivas, los componentes del afrontamiento y las conductas del cuidador. Se realiza una *evaluación cognitiva primaria* para determinar la conducta estresante o no estresante de los factores antecedentes, si se detecta una amenaza (*factor estresante*) se prosigue haciendo una *evaluación cognitiva secundaria* para determinar los *recursos internos y externos* de que dispone el cuidador del niño para hacer frente al estrés. Los cuidadores abusivos se caracterizan por una baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, escasas habilidades de crianza, expectativas irrealistas, inmadurez y soledad. Los malos tratos aparecen cuando las evaluaciones y estrategias de afrontamiento son disfuncionales. Cuando hay una disfunción de nivel moderado el maltrato puede adoptar la forma de abandono, mientras que en niveles más severos puede implicar malos tratos (Hillson y Kuiper: 1994).

## Segunda parte: El Abuso Sexual Infantil

#### 3.6. El Abuso Sexual a Menores

Para **Pérez Conchillo y Borrás** (1996) *los abusos sexuales* son todas las agresiones y actos sexuales realizados con menores de edad y con quienes no comprenden o no tienen capacidad suficiente para consentir. Estas prácticas se realizan desde una *posición de poder o autoridad sobre el niño*, a través de halagos, engaños, chantajes o amenazas.

Los contactos mantenidos pueden ser desde tocamientos hasta violación; las personas que los realizan pueden ser desconocidas o familiares.

Los abusos sexuales contra menores *han permanecido durante años en el anonimato*, a pesar de que se los practican desde hace mucho tiempo. Recién a principios de los años setenta éstos empiezan a ser reconocidos como un problema social que requiere una especial atención.

Se estima que la mayoría de casos, aún hoy, continúan sin salir a la luz. Ya que muchas veces el niño tiene miedo de contar lo sucedido y más en los casos en que el abusador es una persona cercana a él. Además, los procedimientos legales para validar el episodio son complejos y difíciles por lo que muchos adultos prefieren no denunciar.

**Durante años** los niños han tenido escaso valor afectivo y social y han vivido experiencias de marginación y opresión, lo que puede haber contribuido a que en el abuso sexual el niño sea tomado como un objeto que es usado por el agresor.

**Actualmente**, en muchos países aún puede encontrarse a niños que no cuentan con la consideración jurídica,

social y familiar, como en los países asiáticos en donde debido a las necesidades más perentorias los niños son vendidos para uso sexual de los turistas. Para estos niños los abusos sexuales constituyen una miseria más, y quizás no la peor, en la que el hambre física y de afecto, el miedo, el dolor y la enfermedad son elementos permanentes.

**En los países desarrollados y en los que están en vías de desarrollo** la preocupación por la infancia maltratada ha llevado a la creación de diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales que se encargan de proteger a los niños. Con el reconocimiento de los derechos del niño, las agresiones y abusos que sufren los niños pasaron del ámbito familiar y privado a ser tipificadas legalmente y de orden social.

La **Organización de las Naciones Unidas (ONU)**, en su **Convención sobre los Derechos del Niño**, compromete a sus Estados miembros en la lucha contra los abusos sexuales a menores. El Artículo 34 plantea lo siguiente (Asamblea General de la ONU del 20 de noviembre de 1989): “... *los Estados participantes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación sexual y de violencia sexual. Con este fin, los Estados tomarán todas las medidas apropiadas en los planes nacionales, bilaterales y multilaterales para impedir que los niños sean incitados o forzados a tener una actividad sexual ilegal, que los niños sean explotados con la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales y que los niños sean explotados con fines de la producción de espectáculos o de material pornográfico*”.

En esta Asamblea se hizo mucho hincapié en el **comercio sexual de menores**, debido a que éste se ha convertido en un negocio más, gracias al cual las mafias internacionales se están enriqueciendo. Hay denuncias de compra y rapto de menores para el turismo sexual en los países del tercer mundo, pero en estas organizaciones delictivas están implicados ciudadanos europeos y de otros países desarrollados.

La prostitución infantil existe en casi todo el mundo, pero se da especialmente en países de Asia, América Latina, África y el Caribe. En estos países se favorece el **turismo** para resolver sus problemas económicos y utilizan la prostitución infantil, explícita o implícitamente, como medio de publicidad y atracción. La **prostitución infantil** está experimentando un aumento inquietante debido, por un lado, a la pobreza creciente de amplias capas de la población de estos países, cuyas familias se ven obligadas a vender a sus hijos para poder sobrevivir, y, por otro lado, a las importantes ganancias de las clases privilegiadas que controlan estos negocios y a las inversiones extranjeras en este turismo sexual.

Una de las razones por las que los turistas sexuales buscan a los niños más jóvenes es porque creen que así escaparán del riesgo del contagio del *sida*. Pero en realidad, en estos países muchos niños son seropositivos o han desarrollado ya la enfermedad al ser contagiados por sus agresores. Por lo que además de los problemas psicológicos y sexuales que se pueden dar como consecuencia de los abusos, muchos niños tienen que lidiar también con el *sida*.

Los niños víctimas de abusos sexuales generalmente distinguen entre este tipo de contactos de las caricias afectivas que reciben en otras circunstancias. El niño aunque no entiende muy bien lo que está pasando se da cuenta que la situación no es clara y transparente. Algunas de las situaciones que se le presentan al niño son miradas insinuantes, toqueteos, secretos, confidencialidad, presión, atenciones desproporcionadas, a las cuales muchas veces ni siquiera se atreve a pensar lo que hay por detrás, porque no tiene los elementos de juicio adecuados para poder situarlo o porque prefiere no saber.

**Los tipos de conductas sexuales en los abusos se dividen en directas e indirectas.** Las “*directas*” abarcan el contacto genital o anal entre el niño y el adulto, la penetración vaginal, anal u oral, las caricias por debajo y por encima de la cintura, la masturbación, el frotteurismo, el sadismo y la eyaculación sobre el menor. Y las “*indirectas*” abarcan la exposición de los genitales, la producción de material pornográfico, la inducción a relaciones sexuales entre menores y la exposición a material pornográfico. Las que se dan más frecuentemente son las caricias por debajo de la cintura, la masturbación, el exhibicionismo, las propuestas de actividad sexual y las caricias por encima de la cintura. Y las que se dan con menor frecuencia son el sexo oral, los intentos de penetración anal y vaginal y la penetración en sí.

Los abusos sexuales pueden darse fuera del propio hogar por una persona desconocida o por un conocido, ya sea vecino, maestro, religioso, amigo de la familia, etc.; o en el propio hogar por parte de un padre, padrastro, hermano o cualquier otro familiar.

### 3.7. El Abuso Sexual Intrafamiliar

**Gross y Apfelbaum (1996)** se centran en el abuso al menor dentro del marco familiar. Consideran al abuso sexual como el mayor y el más profundo de los hechos violentos que se puede cometer contra una persona, y es más grave aún cuando se trata de un menor, ya que afecta su persona y dignidad y produce un trauma profundo que lo acompaña en todo su desarrollo y vida.

Estas autoras plantean que la falta de atención de las políticas sociales hacia las necesidades básicas de los sujetos (sociales, salud, educación, trabajo, vivienda y calidad de vida digna) es lo que hace que no se pueda controlar y erradicar el fenómeno violento de las próximas generaciones. La insatisfacción en estas necesidades básicas es lo que conlleva al fenómeno violento y a disfunciones familiares.

**Históricamente** la humanidad erigió a **la familia** como una institución de control social, facultando a los padres o sus sustitutos para ayudar a crecer al niño y lograr ciertos comportamientos considerados necesarios, ya que el cuerpo social crece alrededor de la familia, que es la célula primaria. En la tradición bíblica aparece registrado, junto a la descripción de la primera familia, el primer caso de violencia familiar, la muerte de Abel en manos de su hermano Caín. “*La violencia es tan antigua como la familia*”. El relato bíblico empieza con la pareja humana y su desobediencia en el paraíso, la adquisición del bien y del mal y la violencia como respuesta al castigo.

La composición de la familia, la estructura social, los regímenes políticos y económicos encuentran grandes disociaciones que afectan los vínculos. La agresión y el maltrato es un idioma cotidiano en el 50% de las familias y el

abuso el signo calificador de un 25% de ellas. El niño, portador del mensaje genético y cultural de la familia y sociedad del futuro, es descuidado y abusado en un 30% de la población infantil.

En el maltrato a menores, dicen las autoras, el período más sensible para el desarrollo del apego y la estructuración de la personalidad es el de los primeros cinco años y en menor medida lo son también los diez años subsiguientes, por lo que esa conducta afectiva regirá la vida del individuo.

El **sistema familiar** es el grupo primario y fundamental, en él crecen y se desarrollan los niños durante su proceso de incorporación a la sociedad. Es la primera escuela. En él se viven las experiencias básicas de las relaciones humanas, que dejan huellas imborrables en la personalidad infantil.

**La institución familia es agente de maltrato** cuando concibe a los niños, no como persona que piensa, siente y actúa sino como un *objeto* al que se impone cuidados y defensas. Sólo cuando se toma al niño como objeto se puede hacer "uso" familiar y/o social de él; instrumentándolo, privándolo de su vida familiar, del vestido adecuado, de la educación necesaria y de su salud.

**El Código Civil Argentino**, sancionado en 1869 y con vigencia a partir de **1871**, absorbe el patriarcado del derecho romano. La *patria potestad* era realmente la autoridad del padre; y ésta se concibió en interés del padre más que en protección de los hijos. Se la definía como "el conjunto de derechos que las leyes le conceden al padre sobre la persona y bienes de los hijos".

En **1919**, la "**Ley de Patronato de Menores**" (**ley 10.903**), *modifica el concepto de patria potestad* al definirla como "un conjunto de derechos y obligaciones", respecto a todos los hijos nacidos dentro y fuera del matrimonio. Se intentaba avanzar en la protección de los niños menores de edad, pero el tiempo dejó ver que en realidad encubría la teoría de la compasión a niños en situación irregular que los fue discriminando. Así los menores que se encontraban en peligro material o moral quedaban bajo la potestad del Estado, creando una franja de nuevos niños, los menores institucionalizados. Este hecho determinó la intervención subsidiaria del Estado en el marco de la protección a la familia.

**La culminación del proceso al respecto de la persona del niño en el marco legislativo** estuvo dada con la **ley 23.264/85**. Esta establece la *autoridad de los padres compartida*, que es "el conjunto de derechos y deberes que se reconocen a los padres para la protección integral de los hijos". Esta ley custodia que los padres no se excedan en la educación y formación de los niños. De este modo, la sociedad y el derecho delegan en los *padres* la formación de sus hijos y los *controles sociales*, que los ejercen los jueces, ponen límites a los excesos.

**Álvarez** (1999) considera que **la violencia** se da a un nivel institucional, social y familiar. Ésta no es exclusiva de la familia, sino que *la atraviesa*.

**La familia** es una institución social permanente entre personas cuyos vínculos derivan de la unión intersexual, de la procreación y del parentesco (definición amplia sociológica).

La familia está formada por todos los individuos unidos por vínculos jurídicos, familiares, con origen en el matrimonio, en la filiación y en el parentesco (definición jurídica, del derecho).

**La Violencia Familiar** se define clásicamente como "todas las formas de abuso que tienen lugar entre los miembros de la familia, que por exceso u omisión menoscaban la posibilidad psicológica, la vida y la libertad. Ésta implica un desequilibrio de poder. Las dos formas de violencia son por exceso, maltrato físico y abuso sexual; y por omisión, abandono.

Con la violencia familiar lo que se pierde es la categoría de familia, la posibilidad de despliegue de la personalidad.

**Gross y Apfelbaum** (1996: p. 936) plantean que "el abuso psicológico, físico, la explotación infantil, el abuso sexual, la prostitución y el abandono infantil son males visibles de una sociedad angustiada e inmersa en privaciones e incomunicaciones profundas entre los adultos y los niños".

**Álvarez** (1993) piensa que en las *familias violentas queda actuado lo que en la neurosis fue reprimido y vehiculizado a través de la sublimación*.

Existen **dos tipos de desborde afectivo** en dichas configuraciones vinculares: los *estallidos afectivos irrestrictos* (dolor-odio) y los *desbordes de erogeneidad incestuosa apenas disfrazados*.

Se pierde en estas familias la función anímica del despliegue de la singularidad. La *función paterna* queda anulada en y por el goce mismo. El intercambio de objetos crea una indiferenciación entre los cuerpos.

### Características generales de las familias violentas:

- predominio de *defensas* de la desmentida y desestima. *El modo central del vínculo* familiar es la invasión afectiva.
- El *exterior* es vivido como peligroso, por lo que el intercambio con éste es clandestino, ya que no se puede abandonar la horda.
- Si lo que sucede es la consumación del incesto se borran los vértices que en la *triangulación edípica* designa los lugares de padre – madre - hijo

Las manifestaciones no son inmediatas sino a posteriori. "... Los efectos en el psiquismo infantil de una mirada u escucha paterna ciega por el erotismo son catastróficas". Pueden llevar a un pensamiento empobrecido, extravíos de la pulsión de saber, tristezas vacías, desafectivizaciones que conducen al suicidio y mini suicidios. Heridas tajantes en el cuerpo, accidentes, actos delictivos. Marcas en el propio cuerpo y en el cuerpo social, que intentan delimitar espacios que no están contenidos en el psiquismo".

**Gross y Apfelbaum** (1996) plantean una serie de características del abuso sexual intrafamiliar:

#### 1. Indicadores que se deben tener en cuenta datos de la infancia

abandono



historia de maltrato infantil, abuso sexual	falta de un ambiente protector
<b>2. Características de personalidad de los varones abusadores sexuales intrafamiliares</b>	
dominante	control de los demás
autoritario	ineficacia
<b>3. Características de personalidad de los varones abusadores sexuales extrafamiliares</b>	
inadecuación	soledad
pasividad	aislamiento social
introversión en las relaciones interpersonales	necesidad de cercanía
impulsividad	hostilidad
inmadurez	baja autoestima
uso frecuente de la negación como mecanismo de defensa	distorsión cognitiva de los incidentes de abuso sexual
<b>4. Los abusadores sexuales intrafamiliares presentan los siguientes indicadores</b>	
cuantitativamente se acercan más a las escalas de psicopatía y esquizofrenia, así como a las medidas de depresión, paranoia o introversión social	la mayoría tuvo el primer contacto sexual con un niño antes de los 16 años y las primeras fantasías sexuales relacionadas con niños uno o dos años antes de la primera agresión sexual
mayor malestar psicológico, rigidez, infelicidad y soledad	presentan actividad sexual desviada desde edades tempranas
<b>5. Características de la mujer del abusador sexual</b>	
tendencia a la dependencia	pobre historia familiar
tendencia a la depresión	historia familiar de incesto
baja autoestima	
<b>6. Características familiares</b>	
disfunciones familiares	hacinamiento
violencia marital	aislamiento
inversión o confusión de roles	miedo a la separación familiar
problemas maritales con alejamiento sexual	ausencia frecuente del hogar del progenitor no abusador, dando así una mejor oportunidad para el abuso sexual
<b>7. Características del abuso sexual padre-hija</b>	
el padre suele ser controlador dentro de su familia pero inefectivo y pasivo en otras relaciones	inversión de roles entre la niña y la madre (confusión sexual dentro de la familia).
disfunción familiar evidente	esposas con alguna alteración psicológica

En cuanto a las mujeres que comenten abuso sexual infantil hay pocos datos.

Gross (1996: p. 938) define el **abuso sexual infantil intrafamiliar** como "cualquier caso de contacto sexual en un niño menor de 18 años por parte de un familiar/tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño".

Los indicadores de abuso sexual son:

- el niño es utilizado por sus padres o tutores para realizar actos sexuales
- el niño es utilizado por sus padres o tutores como objeto de estimulación sexual

El abuso sexual infantil se divide en las siguientes categorías:

#### **A. Abuso sexual con contacto físico:**

1. Incesto: contacto físico sexual o intercambio sexual por un pariente de consanguinidad lineal, o por figuras adultas que estén cubriendo de manera estable el papel de figuras parentales (padres adoptivos, parejas estables).
2. Violación: contacto físico sexual o intercambio sexual, por una persona adulta.
3. Vejación sexual: conducta sexual con un menor; siendo el contacto y la estimulación la gratificación de las necesidades o deseos sexuales de el adulto. Incluye:
  - tocamiento o manoseo intencionado de los genitales o partes íntimas por parte del perpetrador al niño
  - forzar, alentar o permitir al niño que toque, chupe, etc. de manera inapropiada las partes íntimas del perpetrador.

#### **B. Abuso sexual sin contacto físico:**

1. Solicitud indecente o seducción verbal explícita a un niño.
2. Exposición de los órganos sexuales a un niño con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación, etc.

3. Realizar en presencia de un menor el acto sexual intencionalmente con el objeto de buscar excitación/ gratificación sexual, agresión, degradación, etc.

4. Auto masturbación en presencia de un menor.

Según **Pérez Conchillo y Borrás** (1996) el **incesto** es uno de los delitos sexuales que más conmueve a la sociedad, ya que en ésta tiene un gran peso el tabú sobre las relaciones sexuales entre familiares, por lo que las víctimas lo viven de un modo especialmente dramático.

La situación puede ser aún más dramática cuando el que abusa es el padre biológico, ya que trastoca todo lo que supone el orden familiar y de pareja. El marido le es infiel a su pareja con otra (mentiras, engaño, secreto), mantiene relaciones con una menor de edad (castigo penal, repulsa social, secreto) y sobre todo la otra, su amante, es la hija de su mujer y su propia hija. La niña o adolescente pasa así a ocupar en la vida real el papel de competidora con su propia madre como pareja sexual de su padre. Por lo que es una mezcla muy difícil de asimilar por los afectados y sobre todo por la víctima.

No es raro que frente a esta situación los miembros de las familias, y especialmente las madres, no quieran ver. Muchas veces estas madres no pueden evaluar adecuadamente las señales que dan indicios de qué está ocurriendo, debido a su propia angustia, inmadurez o dependencia enfermiza. Además cuando la realidad rompe los propios esquemas de este modo, es común que se tienda a seleccionar la información de tal forma que se ajuste con los planteamientos personales. Por lo que se pueden minimizar los datos y las pistas de lo que está ocurriendo durante años, de modo que los niños que están siendo objeto de abusos sexuales guardan silencio, ya sea por miedo al agresor, a romper la unidad familiar, a que su padre sea castigado, o a ser ella misma la castigada. El no escuchar y prestar atención a las señales que emiten las víctimas, principalmente por parte de las madres, hace que éstas desarrollen un sentimiento aún más profundo de indefensión.

Algunas veces son los hermanos de las víctimas quienes descubren la situación de abuso, salvando a las víctimas de la horrible tarea de tener que revelar el secreto.

Frente a la figura de una madrastra o un padrastro es mucho más fácil revelarse. Ante el padre biológico la defensa es mucho más difícil, ya que a mayor implicación emocional más doloroso e incongruente el acto y más costoso para denunciarlo. La confusión de sentimientos de amor, odio, respeto, rencor, dependencia o rechazo, generalmente conforma una mezcla muy explosiva que pone en peligro la integridad psicológica de la persona sexualmente abusada.

### 3.8. Causas del abuso sexual infantil

Según **Pérez Conchillo y Borrás** (1996) *no existe una tipología del agresor sexual* tal que pueda delatarlo. Muchos de los agresores son personas integradas socialmente, sin ninguna cuenta pendiente con la justicia, cuya única desviación de la norma social es el impulso irrefrenable a tener contactos sexuales con niños.

- En cuanto al **nivel socioeconómico** de los agresores sexuales se pueden encontrar personas de todo tipo, que tengan un gran prestigio personal, que tengan profesiones de mucho respeto y ejerzan un papel de autoridad sobre el niño como en el caso de educadores, religiosos, médicos, policías, etc. Algunos agresores incluso eligen profesiones que les permiten estar en contacto con los niños y tener una gran influencia sobre ellos.
- En relación al **sexo del abusador sexual**, en la gran mayoría de los estudios se llegó a la conclusión de que los que abusan sexualmente son *hombres* y que la mayoría de las víctimas son mujeres. Sin embargo, **Félix López** y su equipo encontraron que de entre las víctimas de abusos sexuales aparece un número considerable de varones, el 40,1% sobre el 58,9% de mujeres. También encontraron un número importante de mujeres agresoras (13,9%), las cuales eligen prioritariamente a los hombres como víctimas (98,2%), mientras que los hombres eligen para cometer abusos sexuales en un 69,4% a las mujeres y en un 30,6% a varones.
- En cuanto al **poder adquisitivo** es muy difícil presentar el perfil del agresor sexual típico ya que esta conducta se da en todas las clases sociales y en todas las zonas geográficas, aunque se dan más en el ambiente urbano que en el rural. Lo que aparentemente se da es estilos de relación según la pertenencia a los mismos. Así los agresores de *clases acomodadas* acuden con más frecuencia a redes de prostitución infantil y de turismo sexual infantil que los *menos pudientes*, pero esto puede deberse a la diferencia de poder adquisitivo de estos grupos.
- Con respecto a la **relación de los agresores con los niños** la mayoría de las investigaciones han encontrado que la mayor parte de los agresores conoce a los niños, sólo el 15% de los abusos son realizados por desconocidos de la víctima; otra gran parte de esos abusos son cometidos en el propio hogar de la víctima por familiares próximos.
- En cuanto a la **edad de los agresores**, ésta varía desde los adolescentes hasta los ancianos, aunque es más común que sean hombres de mediana edad. Desde el punto de vista jurídico, la edad media de los agresores sexuales es superior a la de otros delincuentes. A su vez se produce una inversión, ya que los mayores (de 50 años o más) eligen niños menores de 10 años mientras que los más jóvenes los prefieren de 12 a 15 años.

#### 3.8.1. Tipología del agresor sexual

Según **Cantón Duarte y Cortés Arboleda** (1997) diferentes autores elaboraron tipologías para clasificar a los agresores sexuales o intentaron encontrar un "perfil característico" basados en el análisis de la personalidad y comportamiento de éstos.

a. **Groth** (1982), basado en la teoría freudiana, plantea una tipología diferenciando entre pedófilos fijados y regresivos.

Los **pedófilos fijados** son personas que nunca maduraron psicosexualmente y no se relacionan con compañeros

sexuales adultos. Prefieren sexualmente a los niños, generalmente de forma exclusiva, y tienen necesidades emocionales pueriles, es decir, que desean relacionarse con "otros niños". El contacto sexual con adultos les resulta insatisfactorio, lo que les genera ansiedad y sentimientos de inadecuación en las relaciones sociales. Sus acciones les provocan escaso malestar, y generalmente planifican minuciosamente los abusos sexuales, en los que prefieren víctimas varones.

Los **pedófilos regresivos**, en cambio, son personas que alcanzaron un desarrollo adulto normal de preferencia sexual por otros adultos. Pero, que en determinados momentos de estrés son incapaces de adaptarse, lo que los lleva a implicarse en conductas sexuales con niños. Estos comportamientos les suele provocar sentimientos de culpa y remordimientos. Estas conductas se dan de manera impulsiva, episódica y normalmente sus víctimas son niñas.

- b. **Conte** (1985) clasifica a los agresores en incestuosos versus pedofílicos.

Los supuestos sobre los que se basa este autor son que los padres **incestuosos** no realizan abusos fuera de la familia, el incesto es la expresión de necesidades no sexuales y cada miembro de la familia realiza algún tipo de contribución psicológica al desarrollo y mantenimiento del abuso sexual. Sin embargo, cada vez más se está demostrando que los padres incestuosos tienen actividades sexuales fuera del hogar, de que toda sexualidad incluye dimensiones sexuales y no sexuales y de que los perfiles estereotipados de las familias incestuosas no se mantienen empíricamente.

Los abusadores **pedofílicos** se caracterizan por usar a los niños como método preferido o exclusivo para lograr la excitación sexual.

- c. **Howells** (1981) diferencia a dos tipos de abusadores sexuales infantiles, los de preferencia y los situacionales.

Los **abusadores de preferencia** se caracterizan por una orientación sexual primaria hacia los niños, no sintiendo interés sexual o emocional por los adultos. Generalmente permanecen solteros y en los casos en que tienen pareja es para que les permita tener acceso a los niños. Las víctimas generalmente son varones, los que representan el papel de la compañera adulta. No ven su comportamiento como inadecuado y piensan que la sociedad debería dejar que satisfagan sus necesidades de este modo. Suelen planificar los abusos, los cuales ocupan una parte importante de las vidas de estos individuos.

En cambio, los **agresores situacionales** suelen tener un historial evolutivo y de habilidades sociales y heterosexuales más o menos normal, aunque suelen presentar ciertos déficits de habilidades, especialmente en sus relaciones íntimas. Los intereses sexuales y emocionales de estos individuos están dirigidos a compañeros adultos, y consideran que sus deseos sexuales hacia los niños son anormales y un problema. Los abusos sexuales a niños se asocian con períodos de estrés.

- d. **Knight, Rosenberg y Schneider** (1985) plantean una tipología en la que se diferencia a los perpetradores del abuso sexual infantil según el significado del abuso, la relación del agresor con la víctima y el nivel de relaciones interpersonales alcanzado por el agresor.

El **significado de la agresión** puede ser el de un ataque cuyo objetivo es fundamentalmente sexual o un ataque principalmente agresivo con el objetivo de lastimar al niño.

En cuanto a la **relación entre el agresor y la víctima**, se pueden dar el uso de la seducción, la distorsión de la víctima, el énfasis en la fuerza o en la manipulación y el abuso de niños conocidos o no.

El **nivel previo de relaciones interpersonales** alcanzado por el abusador se mide en función de los parámetros de fijación o regresión. En la regresión el nivel de relaciones interpersonales alcanzado es mayor que en el caso de la fijación.

- e. **Pérez Conchillo y Borrás** (1996) plantean que jurídicamente se han dividido a los agresores sexuales según dos patrones: los autoritarios o no violentos y los violentos.

Los **autoritarios** están motivados por una tensión sexual y emplean la persuasión, el engaño o la presión para someter a la víctima, basándose en su relación de poder y autoridad sobre el niño (por ser adulto, padre o maestro). Éstos se subdividen en dos grupos en función de la exclusividad de su preferencia sexual: los pedofílicos exclusivos y los no exclusivos, que llevan una vida sexual aparentemente normal. Los primeros se sienten atraídos sexualmente hacia niños en forma exclusiva; encuentran insatisfactorias o rechazan las relaciones sexuales con adultos. Si bien se los describe como personas inmaduras, éstos pueden adoptar pautas de comportamiento adulto perfectamente adaptadas. Los segundos, que llevan una vida sexual aparentemente normal, mantienen relaciones sexuales con adultos y, en determinadas circunstancias, abusan sexualmente de los niños. Racionalizan los abusos atribuyéndolos a las circunstancias en que se produjeron. A diferencia de los pedofílicos exclusivos, interactúan con los niños como si fueran adultos. Algunas de las circunstancias que favorecen este tipo de abusos son la baja autoestima en la esfera sexual, el alcohol y las drogas, los conflictos conyugales, el hacinamiento y la vida desordenada. En este subgrupo se encuentran la mayoría de los agresores sexuales.

Los **violentos** son aquellos que emplean el asalto o la violencia para someter a las víctimas, causándoles lesiones o la muerte. Presentan graves características de personalidad psicopática, con antecedentes de conducta antisocial. La motivación para el abuso es sexual y violenta al mismo tiempo. Su patrón de conducta obedece a la búsqueda de sensaciones y de su propia satisfacción. Este grupo es mucho menos numeroso y más peligroso que el anterior.

### 3.8.2. Perfil característico del agresor sexual infantil

- a. **Cantón Duarte y Cortés Arboleda** (1997) opinan que respecto a la **evaluación de la personalidad**, los estudios

que usaron tests psicométricos, principalmente el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), no encontraron ningún perfil característico del agresor sexual de niños. Los únicos hallazgos muestran que los agresores sexuales no violentos, suelen ser más tímidos, pasivos y faltos de asertividad, en cambio, los incestuosos generalmente son dominantes y controladores, al menos en su familia.

- b. En cuanto a la **evaluación bioquímica**, los resultados muestran que los niveles de testosterona en sangre de los agresores sexuales están dentro de los límites normales. Aunque se encontró que los agresores sexuales más violentos pueden presentar unos niveles más elevados de testosterona, pero no se logró aclarar si este aumento se relaciona con la agresión sexual específicamente o con la conducta agresiva en general.
- c. También se recurrió a la **evaluación fisiológica** para clasificar a los agresores sexuales infantiles. El índice más objetivo de activación sexual del pedófilo es la medida de erección del pene ante estímulos eróticos infantiles, como ser videos o fotografías (Hall: 1990). Pero esta postura es criticada por muchos autores, ya que muchos de los agresores no logran la activación física y muchos sin historial de conductas pedofílicas pueden llegar a experimentar activación sexual frente a estos estímulos.

### 3.8.3. Causas de la pedofilia desde diferentes perspectivas teóricas

#### A. Teoría Psicodinámica

Plantea a los problemas intrapsíquicos del adulto, la fijación o regresión a estadios del desarrollo psicosexual anteriores a la etapa de latencia, como las causas fundamentales de la pedofilia.

- **“La teoría de Freud”** considera como los determinantes principales de la pedofilia a los conflictos edípicos sin resolver y a la ansiedad por el miedo a la castración. El pedófilo desarrolló un sentido del yo adecuado, estable y coherente, de modo que a nivel inconsciente el yo acepta la pedofilia como resultado de los deseos de la infancia mal integrados y de mecanismos de defensa. El pedófilo ve a la mujer adulta como su madre (el objeto incestuoso) y debido a que los conflictos edípicos no fueron resueltos, elige como un sustituto seguro a la víctima infantil. La causa de la pedofilia radica en la reactivación de un suceso traumático anterior con el fin de dominarlo simbólicamente. El agresor sexual infantil se caracteriza por no haber recibido afecto de su padre o madre, de modo que se identifica con las víctimas para así satisfacer, por medio de la fantasía, sus necesidades emocionales. En muchos casos el “trauma temprano” que arrastran los pedófilos es su propio abuso sexual. El haber sido sexualmente abusados en su infancia puede dar lugar a una compulsión repetitiva a través de dos procesos, de la identificación con el agresor (le permite a la víctima combatir la indefensión experimentada convirtiéndose en agresor) o de la venganza simbólica por lo que le hicieron. Así el pedófilo intenta dominar su propio trauma infantil invirtiendo los roles en la victimización.
- **“La psicología del yo”** plantea que el pedófilo presenta un fracaso para desarrollar o mantener unas representaciones yo-objeto positivas, coherentes y estables. El desarrollo normal implica que durante la infancia los niños adquieran un sentido claro del yo, basado en un apego seguro y en el reflejo positivo que emiten los padres de su imagen. A través de la pedofilia se defendería del yo. Se usa a la víctima como forma de reemplazar un yo-objeto arcaico inadecuado, para así mantener una representación del yo lo suficientemente coherente, estable y positiva, como para evitar su deterioro y posible desintegración. El pedófilo se identifica de manera narcisista con la víctima por no tener un sentido claro del yo, es decir, se usa a la víctima como un yo-objeto idealizado ya que, por haber experimentado sobreprotección o privación emocional durante su infancia, se considera un niño. Lo que intenta inconscientemente es dar el amor que no tuvo y que le hubiera gustado tener a un niño que le recuerda a sí mismo (Kelly y Lusk: 1992).

#### B. Teoría del aprendizaje social

Enfatiza el papel que juegan los *condicionamientos* en la sexualidad humana. La pedofilia se explica en términos de “condicionamiento clásico”. Antes, durante e inmediatamente después de la pubertad suelen darse las primeras experiencias sexuales con otros niños., por lo que se daría una activación condicionada frente a las señales físicas de los niños. A su vez este aprendizaje se afianza a través de la “asociación” de fantasías elaboradas sobre estas primeras experiencias sexuales y la masturbación. Incluso este condicionamiento a los aspectos físicos de los niños se puede presentar sin haber tenido las experiencias sexuales tempranas, sino con el solo hecho de haber tenido fantasías masturbatorias tempranas asociadas a niños (Kelly y Lusk: 1992).

Los *“factores cognitivos”*, como las atribuciones, también pueden influir en la activación sexual. El pedófilo muchas veces interpreta incorrectamente las palabras y conducta del niño, atribuyéndole una intencionalidad seductora. Además el pedófilo no logra satisfacerse emocional y sexualmente en las relaciones con otros adultos debido a su falta de habilidades sociales.

Explican la desinhibición de la conducta sexual del pedófilo en términos de *“condicionamiento operante”* y de *“aprendizaje observacional”*. Durante la adolescencia los contactos sexuales con niños suelen reforzarse por la activación y el orgasmo, en cambio es muy raro que se den castigos (como ir a la cárcel), debido a la poca diferencia de edad que generalmente hay. Cuando de adulto incurre en actividades pedofílicas y la sociedad lo condena por esto, ya la conducta sexual pudo haber sido repetida y fuertemente “reforzada”. El “aprendizaje observacional” también interviene en la conducta del pedófilo; debido a que muchos de ellos fueron abusados sexualmente en su infancia aprenden, mediante el modelado, que las relaciones sexuales entre niños y adultos son apropiadas.

#### C. Teoría psicofisiológica

Parte de la hipótesis de que los pedófilos pueden sufrir “trastornos de la inteligencia” que hagan que su edad mental

sea la de un niño (retraso mental, senilidad), pero hasta ahora no pudieron comprobarla ya que los resultados de los estudios realizados sugieren que son personas con una inteligencia normal.

Los resultados obtenidos acerca de una “elevación de la testosterona” en algunos pacientes podrían llevar a una activación sexual generalizada, pero no explicarían el interés específico por los niños.

**Kelly y Lusk** (1992) creen que el sexo del adulto es el factor biológico más importante relacionado con la pedofilia. Casi la totalidad de los perpetradores son varones, por lo que los “factores biológicos” podrían estar desempeñando un papel específico. Los hombres se excitan más fácilmente ante los estímulos sexuales con independencia del contexto. Y las mujeres quizás generalizaron su estrategia de mayor cautela en las relaciones sexuales adultas (debido a la posibilidad de embarazo) a todas las demás formas de contacto sexual.

Estas tres teorías, Psicodinámica, del aprendizaje social y psicofisiológica, plantean a la pedofilia como una patología o enfermedad.

#### D. Teoría sociológica

Postula como determinantes del abuso sexual infantil a los “*patrones de socialización sexual*” imperantes en la cultura occidental. A los niños se los socializa de modo que se muestren distantes y que no distingan entre intimidad sexual y no sexual, en cambio a las niñas se las estimula para que expresen físicamente sus emociones. Nuestra sociedad es machista, oprime a las mujeres, las madres tienen escaso poder en la familia y sus hijas adoptan este modelo de rol, esto facilita su victimización debido a la indefensión. También es una cultura en donde lo sexual es un tema “tabú” para los niños, a lo que se le suma la curiosidad natural de esta etapa; lo que los haría más vulnerables. A su vez las normas sexuales no están tan claras debido a que los controles externos tradicionales del comportamiento sexual (autoridad parental, religión, valores tradicionales) perdieron influencia como resultado de la revolución sexual. Otro factor relevante es el incremento de pornografía infantil y la sexualización de los niños en los medios de comunicación, lo que vendría a reforzar la aceptación cultural del abuso sexual infantil. También la revolución sexual ha generado una expectativa social acerca de la facilidad de las relaciones sexuales, que choca con la realidad, lo que puede llevar a algunos hombres a buscar con niños la gratificación sexual prometida. El movimiento de liberación femenina en los años sesenta ha hecho que la mujer se muestre más asertiva; generando en algunos hombres una visión de la mujer como amenazante, por lo que prefieren relacionarse con niños.

#### E. Teoría feminista

Parte de que la causa del abuso sexual infantil radica en los factores socioculturales y enfatiza tres componentes. En primer lugar, la mayoría de los abusos sexuales denunciados los cometen hombres contra niñas. En segundo lugar, nunca se debe considerar a la víctima como responsable del abuso. Por último, la naturaleza patriarcal de nuestra sociedad es la principal causa del abuso sexual.

Plantea que al abuso sexual infantil hay que verlo como un problema de “*socialización masculina*” y de inferioridad de mujeres y niños en nuestra sociedad. El hombre es socializado para mostrarse fuerte, dominante y para que tome la iniciativa en las relaciones sexuales. Pero esta teoría no explica los casos de mujeres que cometen abusos sexuales ni del interés de algunos pedófilos por los niños.

#### F. Modelo de Finkelhor

Finkelhor (1984) plantea que existen **cuatro precondiciones necesarias para que se produzca el abuso sexual infantil**; la motivación, la superación de inhibiciones internas, la superación de barreras externas y la superación de las posibles resistencias del niño.

- Como primera medida es necesario sentir el deseo de mantener relaciones sexuales con un niño. La “**motivación**” tiene tres componentes fundamentales; la *congruencia emocional* (el contacto sexual con el niño satisface una necesidad emocional importante), la *activación sexual* (gratificación sexual en las relaciones) y el *bloqueo* (no se encuentran otras fuentes de gratificación o son menos satisfactorias). Las causas de la motivación así como de las otras tres precondiciones se pueden explicar a nivel psicológico-individual y a nivel sociocultural. Dentro de las **razones psicológicas** de la motivación se encuentran un desarrollo emocional deficiente, una reactivación de un trauma sexual infantil, la identificación narcisística con un yo infantil, el modelado de otra persona con interés sexual por los niños, una necesidad de poder y de control o una anomalía biológica. Las **causas socioculturales** de la motivación están dadas por la exigencia de que los hombres sean dominantes y fuertes en sus relaciones sexuales, la utilización de imágenes eróticas de niños en la publicidad, la pornografía infantil y, finalmente, la represión de la masturbación y de las relaciones extramatrimoniales.
- El abusador también tiene que “**superar las inhibiciones internas**” que bloquean su deseo de relacionarse sexualmente con el niño. **Factores individuales** que pueden llevar a esta desinhibición son el alcohol, la psicosis, la senilidad, o el fracaso en la represión del incesto dentro de la dinámica familiar. Entre los **motivos socioculturales** se encuentran la tolerancia social y la debilidad de las sanciones por el abuso sexual infantil, una ideología defensora de las prerrogativas patriarcales sobre los hijos, la pornografía infantil y la incapacidad de los adultos para identificarse con las necesidades de los niños.
- Dentro de las **razones individuales** que permiten al agresor “**superar las barreras externas**” se encuentran la ausencia, enfermedad o distanciamiento de la madre o que esté dominada o sea maltratada por su pareja, el aislamiento social de la familia, la oportunidad de estar a solas con el niño y las condiciones de alojamiento o dormitorios inusuales. Las **explicaciones socioculturales** se fundamentan en las barreras existentes para que haya una igualdad de la mujer y a la falta de apoyo social de la madre.

- Por último se encuentra la “**capacidad del niño para resistirse al abuso sexual**”. Los **factores individuales** que influyen en un aumento de probabilidad de que se produzcan abusos son la inseguridad emocional del niño, la ignorancia acerca del tema de abusos sexuales, situaciones poco comunes de relaciones de confianza entre el agresor y la víctima (como cuando es el padre) y la coerción. El niño puede llegar a evitar el abuso mediante un rechazo manifiesto, contando las propuestas que le han hecho a un adulto de su confianza o dando la impresión de que lo haría si fuera necesario. Por lo que es importante evitar que el niño se sienta emocionalmente vulnerable y que lo lleve a mostrarse receptivo a las propuestas del agresor al no tener en quien confiar. Aunque esta vulnerabilidad del niño no tiene importancia cuando el agresor utiliza la violencia. Los **factores socioculturales** que predisponen son la escasa educación sexual de los niños y su falta de eficacia social.

### G. Teorías sobre la normalidad de la pedofilia

Parten de resultados de “*estudios transculturales*” sobre la sexualidad niño-adulto y de los datos procedentes de “*análisis históricos*”. Plantean que si un niño no es forzado, tiene una familia que lo apoya, posee unos conocimientos sexuales adecuados y da su consentimiento, las relaciones sexuales entre niños y adultos no son patológicas. Argumentan que el sexo entre un niño y un adulto no perjudica al niño, sino que lo que realmente lo daña es la respuesta ambiental, como la familia, los amigos, vecinos y autoridades reaccionan ante el incidente. Es decir, que según esta teoría, la relación sexual niño-adulto podría ser normal y saludable si la sociedad no reaccionara tan negativamente. Pero, plantean **Kelly y Lusk** (1992), igualmente está la *desigualdad de poder y de la incapacidad del niño para dar su consentimiento*.

### 3.9. Consecuencias del Abuso Sexual Infantil

Según **Gross y Apfelbaum** (1996) los efectos de los abusos sexuales dependen de una serie de factores, como ser: la edad del agresor y de la víctima, el tipo de relación, la duración de la agresión, la personalidad del niño agredido, la reacción del entorno, etc.

#### 3.9.1. Efectos iniciales del abuso sexual infantil

Los niños que fueron objeto de abuso sexual infantil presentan a corto plazo una serie de síntomas. Según Gross y Apfelbaum (1996) los efectos iniciales aparecen durante los dos años siguientes a la agresión.

En las revisiones realizadas de los estudios sobre este tema (Beitchman *et al.*, 1991; Browne y Finkelhor, 1986; Kendall-Tackett *et al.*, 1993; Trickett y McBride-Chang, 1995) se llegó a la conclusión de que los niños que fueron sexualmente abusados presentan en mayor medida que los controles, síntomas como miedo, pesadillas, desorden de estrés postraumático, depresión, retraimiento social, neurosis, conducta regresiva, trastornos somáticos, conducta sexual inapropiada, conducta agresiva, antisocial, delincuencia, problemas escolares y de aprendizaje, hiperactividad, huida de casa, baja autoestima y comportamiento suicida; así como también síntomas combinados (problemas internos y externos).

#### a. Variación de los efectos del abuso sexual infantil según las diferentes etapas evolutivas

- En los **niños de preescolar** el síntoma más característico es la expresión de algún tipo de conducta sexual considerada como anormal. Otros síntomas frecuentes son la ansiedad, las pesadillas, el desorden de estrés postraumático y los problemas internos y externos de conducta.

En el **Estudio Tufts** (1984) el 27% de los niños de entre cuatro y seis años obtuvo puntuaciones superiores a lo normal en una escala de conducta sexual en la que se medía el tener relaciones sexuales, la masturbación manifiesta, excesiva curiosidad sexual y el mostrar con frecuencia los genitales. En el **Estudio de Mian *et al.*** (1986) se vio que la conducta sexual anormal incluía el juego con juguetes, meterse objetos en la vagina o en el ano, la masturbación, pedir estimulación sexual y un conocimiento sexual precoz o inadecuado para su edad.

- Los **niños de edad escolar** (6-11 años) víctimas de abusos sexuales presentan más problemas internos (especialmente depresión) y externos (especialmente agresión y desórdenes del comportamiento) de conducta. También en esta etapa hay síntomas de conducta sexualizada y de inicio de actividades sexuales. Los escolares que fueron abusados sexualmente presentan conductas sexuales inapropiadas, como masturbación excesiva, preocupación sexual, exhibicionismo y agresión sexual, con más frecuencia que los niños normales o clínicos. Otros síntomas frecuentes son el miedo, las pesadillas, la neurosis, la depresión, una baja autoestima, la hiperactividad, problemas de conducta, problemas emocionales, efectos en el funcionamiento cognitivo y los problemas escolares (**Friedrich**: 1993).

**Adams *et al.*** (1995) encontraron que el historial de abuso sexual era un predictor altamente significativo de tres subtipos de conductas sexuales inapropiadas; comportamiento hipersexualizado, exhibicionismo y conducta sexual agresiva. Los sujetos que presentaban conductas sexualmente inapropiadas tenían más probabilidad de haber sufrido un abuso sexual (82% versus 36% del grupo control). Entre los que tenían conductas hipersexualizadas había una mayor proporción de niñas, y se relacionaba con el abuso sexual y con un trastorno de estrés postraumático. El exhibicionismo y las agresiones sexuales se relacionaban con una experiencia de abuso sexual, retrasos en el desarrollo, un cociente intelectual más bajo y problemas en las relaciones con los iguales.

Otro síntoma significativo que se da en las víctimas escolares de abuso sexual infantil es un importante descenso de sus sentimientos de autovaloración o autoestima (**Sauzier**: 1989).

- Entre los **adolescentes** víctimas de abuso sexual son síntomas frecuentes la depresión, el retraimiento social, una baja autoestima, las ideas y conductas suicidas o auto agresivas, los trastornos somáticos, las conductas antisociales (huídas del hogar, vagar, el consumo de drogas/alcohol), sufrir nuevos abusos sexuales, comportamiento sexual

precoz, embarazo y problemas de identidad sexual.

Los pacientes adolescentes que fueron abusados sexualmente tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos y psicóticos/esquizoide, como alucinaciones. (**Sansonnet-Hayden et al.**, 1987).

**McClellan et al.** (1995) encontraron que el historial de abusos sexuales estaba relacionado con un incremento de síntomas de desorden de estrés postraumático y de desórdenes de personalidad borderline.

Otros estudios muestran como síntomas del abuso sexual infantil en la adolescencia el inicio de relaciones tempranas, la promiscuidad, la prostitución y el embarazo (**Burgess, Hartman y McCormack**: 1987). Los factores que podrían predisponer a un embarazo en la adolescencia, según **Rainey, Stevens-Simon y Kaplan** (1995) son las dinámicas caóticas de las familias disfuncionales (equiparación de autoestima y sexualidad que puede llevar a una iniciación sexual temprana, la promiscuidad y el uso de métodos contraceptivos ineficaces), las secuelas emocionales del abuso sexual infantil (la depresión y la baja autoestima pueden generar el deseo de quedar embarazadas), ó la prolongación durante la adolescencia de los abusos sexuales (el embarazo puede ser el resultado del abuso o el deseo de escapar de esa situación).

También se encontró que el abuso sexual en la infancia puede predisponer a trastornos de la identidad sexual o a la homosexualidad, esto se observa más en los varones que en las chicas. **Johnson y Shrier** (1985) obtuvieron resultados que indicaban una superioridad de homosexualidad (48% versus 8%) y de bisexualidad (10% versus 3%) entre adultos jóvenes varones con una historia de abuso sexual infantil, en comparación con un grupo de control.

#### **b. Variación de los efectos a corto plazo según las variables del abuso y del funcionamiento familiar**

- La **duración y frecuencia del abuso sexual** incide en los efectos, de modo que cuanto mayor sea la frecuencia y la duración de la experiencia mayor será el trauma. **Friedrich, Urquiza y Beilke** (1986) encontraron que los problemas internos se relacionaban con el hecho de ser mujer, tener una relación estrecha con el agresor y con la frecuencia y gravedad de los abusos; los problemas externos se asociaban con el ser varón, haber transcurrido menos tiempo desde el abuso y con la prolongación de los abusos cometidos por una persona cercana emocionalmente. La conducta sexual estaba relacionada con una mayor frecuencia del abuso sexual y con el número de agresores. **Nash, Zivney y Hulse** (1993) hallaron que una característica del abuso que se relacionaba con la presencia de trastornos psicológicos más graves era la intensidad y frecuencia (más de tres o cuatro veces al mes) del abuso.
- La **relación con el agresor** también es una variable que puede modificar los efectos a corto plazo del abuso sexual. **Sanders-Phillips et al.** (1995) encontraron que los niños objeto de abusos sexuales intrafamiliares presentan más problemas internos y externos que las víctimas de abusos extrafamiliares. Cuando se habla de intrafamiliar, no solo se refiere al grado de parentesco, sino más bien al nivel de intimidad emocional entre el agresor y la víctima. **Tong, Oates y McDowell** (1987) encontraron que la relación con el agresor puede interactuar con el sexo y la edad del niño. Los niños generalmente eran abusados por un extraño (58%), mientras que las niñas lo eran más frecuentemente por un pariente o conocido (78%). En cuanto a la edad, se encontró que el 73% de los preescolares había estado implicado en abuso sexual intrafamiliar, mientras que el 42% de los niños de cinco y seis años había sido abusado por algún miembro de la familia (**Mian et al.**, 1986).
- El **tipo de acto sexual**, como un alto grado de violación física (penetración vaginal, anal u oral) y el uso de la fuerza contribuyen a un mayor trauma en la víctima. **Wolfe, Sas y Wekerle** (1994) hallaron que el uso de la violencia o de las amenazas por parte del perpetrador se relacionaba con la aparición del desorden de estrés postraumático en las víctimas de abuso sexual infantil. **Friedrich** (1993) plantea que el empleo de la fuerza por el agresor sexual se relacionaba con un mayor nivel de conducta sexualizada en las víctimas.
- En cuanto a la **edad de inicio de los abusos sexuales** y la gravedad de las consecuencias no se ha encontrado una conclusión definitiva. Ya que algunos resultados indican que las víctimas de abusos sexuales durante la prepubertad y la adolescencia presentan trastornos más graves que los que fueron víctimas a una edad anterior (**Sirles, Smith y Kusama**: 1989). Mientras que otros encontraron que habían trastornos psicológicos más graves cuando el abuso sexual tuvo inicio a una edad más temprana, antes de los siete u ocho años (**Nash, Zivney y Husley**: 1993). **Beitchman et al.** (1991) consideran que esta contradicción de resultados puede deberse a que en las víctimas más pequeñas los síntomas aparezcan a una edad posterior y a la falta de control de dos variables que pueden mediatizar los resultados, como son la duración y la gravedad del abuso sexual en víctimas de diferente edad.
- En cuanto al **tiempo transcurrido entre el último incidente y la evaluación**, se encontró que las víctimas presentaban menos síntomas con el paso del tiempo (**Friedrich, Urquiza y Beilke**: 1986).
- El **sexo del niño** también modifica la forma de manifestación de los efectos a corto plazo; **Kiser et al.** (1991) encontraron que en el caso de abuso sexual extrafamiliar los niños presentaban un peor nivel de adaptación que las niñas, aunque con el tiempo éstos presentaban una mayor mejora. **Merry y Andrews** (1994) realizaron una evaluación psiquiátrica de víctimas de abuso sexual infantil doce meses después de la revelación del incidente y hallaron que los niños tenían más problemas psiquiátricos que las niñas.
- En relación a la **etnia de la víctima** algunos estudios encontraron que hay diferencias de adaptación de las víctimas de abuso sexual infantil negras y blancas. **Becker et al.** (1991) hallaron que los niños latinos que habían sufrido abuso sexual manifestaban más altos niveles de depresión que los niños negros. Esto se puede explicar por las distintas circunstancias en que se dan los abusos sexuales en niños negros y latinos. Según **Rao, DiClemente y Ponton** (1992) los niños negros generalmente tienen menos edad en el momento de la evaluación que los latinos, y hay menos probabilidad de que estén viviendo en el hogar del perpetrador, y a su vez es más factible que revelen el abuso a los miembros de su familia y que reciban apoyo más tempranamente. Mientras que es más probable que los

niños latinos respondan con depresión, los niños negros tienden a responder a los sucesos amenazantes con el retraimiento social, la cólera o agresión.

- El **funcionamiento familiar** desempeña un papel muy importante en la determinación del impacto del abuso sexual infantil, por lo que un ambiente familiar disfuncional puede incrementar la vulnerabilidad del niño al abuso y a los problemas de conducta. **Koverola et al.** (1993) encontraron que los sucesos estresantes (enfermedad o accidentes graves, muerte, conflictos o separación de los padres), la información útil para afrontar el abuso de las víctimas y el apoyo de las madres son las únicas variables predictoras estadísticamente significativas; las niñas que no contaban con apoyo y experimentaron un alto número de situaciones estresantes y poca información para enfrentar el abuso presentaban un mayor nivel de depresión.
- La **reacción de la familia** ante la revelación es de suma importancia para las víctimas de abuso sexual infantil. **Dubowitz et al.** (1993) consideran que la conducta de los miembros de la familia influye en el tipo e intensidad de los síntomas que presentan las víctimas de abuso sexual infantil, de modo que cuando los padres reaccionan mostrando poca comprensión, los niños muestran un peor nivel de adaptación. El apoyo parental es un elemento clave para que las víctimas mantengan o recuperen sus niveles de actividad, de funcionamiento académico y de relaciones con sus iguales después de la revelación.

### 3.9.2. Efectos a largo plazo del abuso sexual infantil

El abuso sexual infantil puede ser el desencadenante de desarrollo psicopatológico durante la etapa adulta. Los efectos a largo plazo se observan en síntomas como ansiedad, depresión, baja autoestima, intentos de suicidio, desorden de estrés postraumático, problemas en las relaciones interpersonales, vulnerabilidad a una nueva victimización, trastornos en el funcionamiento sexual, consumo de drogas y/o alcohol y trastornos físicos.

**Gross y Apfelbaum** (1996) consideran que los efectos a largo plazo, comparativamente, son menos frecuentes y claros que los efectos iniciales.

Plantean que hay determinados factores que agravan los efectos de los abusos sexuales, como ser:

- Que haya contacto genital.
- Que se den en forma repetitiva.
- Que se emplee la fuerza.
- Que la víctima tenga entre 7 y 14 años.
- Que la víctima tenga que dejar el hogar.
- Que la víctima no reciba apoyo de su familia.
- Que el agresor sea adulto, hombre, padre o padrastro.

#### a. Principales dimensiones de los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil

- En cuanto a las **reacciones emocionales** y las **autopercepciones**, se ha encontrado que es más probable que las mujeres que sufrieron abuso sexual durante su infancia presenten niveles significativamente superiores de depresión. El abuso sexual infantil También se relaciona con los trastornos del sueño, ansiedad, sentimientos de vergüenza y culpa, miedo a las personas del otro sexo, problemas sexuales e ideas suicidas (**Bendixen, Muus y Schei**: 1994). **Briere y Runtz** (1986) hallaron que el 56% de las pacientes que habían sido objeto de abuso sexual infantil tenían un historial de intentos de suicidio. Estas ideas o intentos de suicidio dependían de la cantidad de agresores y del uso de la violencia durante los abusos.

Se ha encontrado que los sentimientos de aislamiento y de estigmatización y la baja autoestima son otros síntomas comunes de adultos que en su infancia fueron víctimas de abuso sexual. Esta sintomatología, según Briere (1984:), aumentaba en los casos en los que hubo incesto.

Según **Pérez Conchillo y Borrás** (1996) las víctimas de abuso sexual infantil no encuentran expresión para sus deseos, sus elecciones se inhiben y pasan a ser un mero objeto para el uso del otro. Este paso de sujeto que elige a objeto que es elegido para ser usado puede generar profundos sentimientos de indefensión y lesionar gravemente la autoestima. A esto también se le suman sentimientos de impotencia, tristeza, rabia o vergüenza. Lo cual puede llevar a que las víctimas de abuso sexual infantil se conviertan, en la vida adulta, en abusadores de otros niños.

- Con respecto a los **desórdenes de personalidad**, algunos estudios demuestran que existe una relación entre abuso sexual en la infancia y el desorden de personalidad múltiple. **Coons y Milstein** (1986) encontraron que el 75% de las pacientes con desorden de personalidad múltiple había sufrido de abusos sexuales en la niñez.
- **DiTomasso y Routh** (1993) encontraron una relación entre el abuso sexual infantil y los **desórdenes de disociación**. Así como también con el **desorden de personalidad borderline**; aunque en el caso de este trastorno las relaciones padres/hijos es un aspecto que puede ser más significativo que el abuso sexual en sí (**Bryer et al.**, 1987).
- Las víctimas de abuso sexual infantil muchas veces presentan en la adultez, según **Lipovsky y Kilpatrick** (1992) **desorden de estrés postraumático**, es decir que reexperimentan intrusivamente el suceso traumático (generalmente a través de imágenes retrospectivas durante las relaciones sexuales) y lo alternan con fases de negación del suceso.
- El abuso también tiene efectos en las **relaciones interpersonales**, generando problemas para relacionarse con hombres y mujeres, y dificultades en la crianza de los hijos. Síntomas frecuentes de las víctimas de abuso sexual son conflictos, opresión o abusos en las relaciones matrimoniales, los que se deben generalmente a la falta de habilidades de comunicación y de asertividad. Por lo que es común que haya insatisfacción matrimonial y por ende más divorcios (**Jehu**, 1988).
- En cuanto a la dificultad para la **crianza de sus hijos** que presentan las víctimas de abuso sexual infantil, **Cole y**



**Woolger** (1989) encontraron que las víctimas de incesto como las de abusos extrafamiliares tenían actitudes similares de receptividad y control de sus hijos, aunque las víctimas de incesto parecían ser más exigentes con sus hijos respecto a la autonomía, intentando que éstos llegaran a ser autosuficientes lo antes posible. Representando el deseo de las madres de alejarse de las exigencias de la educación de los niños. Si bien estas madres informaban de actitudes positivas con respecto a la crianza, cuando describían las situaciones reales se mostraban hostiles, resentidas y celosas. El problema radica fundamentalmente en el afrontamiento de las demandas emocionales que requiere la crianza. Las víctimas de incesto manifestaban su deseo de no repetir los errores de sus propios padres, pero el incesto hacía que no tengan una buena capacidad de regulación emocional y que les fuera difícil afrontar las demandas emocionales de los niños, ya que tendían a evitar sus sentimientos de inadecuación y confusión evocados por la crianza de sus hijos; se sentían abrumadas e ineficaces, se culpaban de hacerlo mal y a sus hijos de ser difíciles. Luego, **Cole et al.** (1992) encontraron que una relación matrimonial adecuada puede amortiguar o mediatizar los efectos negativos a largo plazo del incesto en el estilo de crianza usado por las víctimas de abuso con sus hijos.

- Otra consecuencia del abuso sexual infantil es el **riesgo de revictimización** en la etapa adulta, es decir, el posterior abuso físico o sexual de la víctima. Esta experiencia de revictimización puede incrementar los efectos del abuso sexual infantil. **Messman y Long** (1996) plantean que se formularon varias explicaciones teóricas acerca de esta relación. Entre las hipótesis están la *teoría del aprendizaje*, según la cual las conductas y creencias maladaptativas aprendidas contribuyen a una mayor vulnerabilidad de la víctima; *la elección de relaciones*, que plantea que el aprendizaje y adopción de un repertorio inapropiado de conductas sexuales lleva a sobresexualizar todas las relaciones con los hombres y a relacionarse con hombres que tienden a abusar de las mujeres y genera incapacidad para identificar a las personas en las que se puede confiar; *la indefensión aprendida*, según la cual las víctimas de agresiones sexuales ven cada vez menos posibilidades de escape al abuso, centrándose en minimizar las lesiones y en el afrontamiento del dolor y del miedo y son incapaces de descubrir formas de escapar de éste; y el *modelo de las dinámicas traumagénicas*, que plantea que el abuso sexual infantil genera una sexualización traumática, traición, estigmatización e indefensión. Otras hipótesis se refieren a la situación de riesgo en que se encuentran las víctimas al tener que marcharse de sus hogares para escapar de los abusos y la repercusión negativa del abuso sexual en la autoestima de la víctima, la que se convierte en un objetivo ideal para la explotación sexual.
- El abuso sexual infantil trae graves **efectos en la sexualidad**. Diversos estudios encontraron que el abuso trae problemas de adaptación sexual, como frigidez, orientación sexual confusa o promiscuidad e interés sexual por los niños, especialmente en el caso de las víctimas de incesto.

**Runtz y Biere** (1986) hallaron que las víctimas de abuso sexual infantil tenían tres veces más probabilidad de presentar problemas sexuales que los controles.

**Miller, Monson y Norton** (1995) encontraron que las víctimas de abuso sexual infantil tendían a iniciar sus actividades sexuales a una edad más temprana que los controles.

**Runtz y Briere** (1986) encontraron una relación entre el abuso sexual infantil y el desarrollo posterior de un comportamiento homosexual. Los resultados de su estudio mostraban una incidencia superior de contactos homosexuales entre 39 mujeres víctimas de abuso sexual infantil, en comparación con el grupo de control.

**Bagley, Wood y Young** (1994) realizaron un estudio con 117 hombres que habían sido abusados sexualmente en su infancia y hallaron que estos sujetos estaban manteniendo o habían mantenido contacto sexual con un menor de edad. La combinación de abuso sexual y emocional durante la infancia era el factor que mejor predecía el interés sexual por niños y adolescentes de ambos sexos. A su vez, las víctimas a las que les gustaban los niños o que tenían actividades sexuales con ellos, eran las que mostraban un más alto nivel de ansiedad, de depresión, de ideas y conductas suicidas.

**Beitchman et al.** (1992) plantean las siguientes conclusiones acerca de los estudios realizados sobre los efectos de abuso sexual infantil en el comportamiento sexual del adulto:

- ✗ Los porcentajes más altos de trastornos sexuales corresponden a las víctimas de incesto o a los casos de abuso en donde hubo penetración.
- ✗ La relación entre abuso sexual y disfunciones sexuales es ambigua o muy pequeña en los estudios donde habían pocos casos de incesto o en los que no hubo coito o contacto oral-genital.
- ✗ Habría que investigar las posibles variables mediadoras que pueden aumentar o disminuir el impacto a largo plazo del abuso sexual infantil, ya que las actitudes sexuales se desarrollan con el tiempo y resultan de múltiples influencias.
- También se ha encontrado una relación entre el abuso sexual infantil y el **consumo de drogas y/o alcohol** en la vida adulta. **Stein et al.** (1988) consideran que el consumo de alcohol y drogas se puede tomar tanto como antecedente como consecuente de la victimización. Como antecedente el efecto de las drogas y el alcohol puede inducir a que el adolescente se involucre en actividades peligrosas y a emitir señales de vulnerabilidad, poniéndolo en una situación más difícil para resistir al abuso. Y como consecuente, el abuso sexual lleva muchas veces a que el sujeto adulto consuma drogas y alcohol como mecanismo de afrontamiento de este suceso estresante o como consecuencia de la estigmatización de la víctima que la llevaría a relacionarse con grupos marginales.
- Se ha encontrado una relación causal entre el abuso sexual infantil y la aparición de problemas graves de **salud física**, como trastornos somáticos, dolores crónicos generales y de la pelvis en particular, trastornos gastrointestinales y desórdenes de la alimentación como la bulimia nerviosa. (**Bendixen, Muus y Schei**: 1994).

#### **b. Variación de los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil según las variables del abuso y del funcionamiento familiar**

- En cuanto a la **frecuencia y duración del abuso sexual** y el trauma experimentado existen contradicciones, ya

que algunos investigadores encontraron que la duración de los abusos, los malos tratos físicos y el haber sido víctima de múltiples perpetradores incrementaba los problemas de desadaptación en la etapa adulta (aumentaba la posibilidad de revictimización, de tener problemas sexuales, ideas e intentos de suicidio y el consumo de drogas y alcohol); mientras que otros hallaron que cuanto menor era la duración de los abusos sexuales peor era el nivel de adaptación posterior. **Beitchman et al.** (1992) considera que esta contradicción se puede explicar por la falta de precisión en el momento de definir el concepto de trauma, por la mayor utilización de la violencia física en los incidentes abusivos aislados y porque los abusos perpetrados por padres y padrastros suelen ser de más larga duración.

- Con respecto a la **relación con el agresor**, se encontró que el abuso incestuoso cometido por un padre o padrastro es más traumático que el abuso sexual cometido por cualquier otro familiar, conocido o persona extraña. Las razones que pueden hacer que el abuso sea más traumático cuando es perpetrado por la figura paterna son el mayor sentimiento de traición y de pérdida de confianza, la existencia de mayores trastornos familiares y de menor apoyo emocional para el niño y la probabilidad de que se produzca con mayor frecuencia y que se prolongue por más tiempo (**Herman, Russell y Trocki**: 1986).
- El **tipo de acto sexual** se relaciona con el grado de trauma generado en las víctimas; aquellos abusos de naturaleza más grave (abusos con coito vaginal, anal u contacto oral-genital, o con intento de realizarlo) implican un mayor nivel de trauma en las víctimas, generando más problemas psicológicos y físicos (**Bendixen, Muss y Schei**: 1994). Con respecto al empleo de la fuerza física durante el abuso sexual infantil y el impacto producido en la víctima, algunas investigaciones encontraron que el uso de la violencia en el abuso sexual se relaciona con la percepción que las víctimas tienen de sufrir un daño duradero, lo que influye en el sentimiento negativo que experimentan hacia los hombres, el sexo o el yo y en el nivel de ansiedad (**Herman et al.**, 1986).
- Hay pocos estudios sobre el impacto del abuso sexual según el **sexo del perpetrador**, ya que generalmente en los casos denunciados los responsables son hombres. Así como también hay pocos estudios que plantean la cuestión de si la edad del agresor tiene algún impacto sobre los efectos del abuso sexual. **Russell** (1986) encontró que las experiencias de abuso sexual infantil cometidas por mujeres eran menos traumáticas que las cometidas por hombres; y también que resulta menos traumático para las víctimas en los casos en que los agresores son adolescentes y no adultos.
- En cuanto a la **edad de inicio** del abuso sexual infantil, existen algunas contradicciones, ya que algunos plantean que el abuso cometido antes de la pubertad resulta más traumático, mientras que otros consideran que los efectos son más negativos sobre la víctima cuando el abuso es cometido después de la pubertad (**Bendixen, Muus y Schei**: 1994). Esta contradicción puede deberse a la correlación que hay entre el abuso y otras variables mediadoras; en los abusos a niños pequeños hay más probabilidad de que sea el padre o padrastro el agresor, y en los abusos a adolescentes hay más probabilidad de que haya penetración; también habría que tener en cuenta la duración del abuso.
- Con respecto a la **revelación del abuso** se encontró que los niños que tardaron bastante tiempo en revelar el abuso sexual eran los que presentaban menos ansiedad y hostilidad; esto puede deberse a que la reacción social ante el abuso sea menos intensa cuando la experiencia tuvo lugar mucho antes, aunque el guardar silencio puede implicarle sufrimiento (**Tufts**: 1984).
- En cuanto al **funcionamiento familiar**, las personas con una historia de abuso sexual infantil tienen más probabilidad de provenir de familias compuestas por un solo padre o con un alto nivel de conflictos matrimoniales, y el contexto familiar se suele caracterizar por la depresión, el consumo de alcohol y drogas y por la violencia entre padres y hermanos (**Wind y Silvern**: 1994).
- El **nivel educativo** y el **grado de satisfacción matrimonial**, se relacionaban con la adaptación que habían llegado a conseguir las víctimas. Las víctimas de abuso sexual en la infancia que tenían un bajo nivel educativo y bajo nivel de satisfacción matrimonial se encontraban peor adaptadas y el tratamiento resultó menos eficaz en estos casos (**Follette, Alexander y Follette**: 1991).

### c. Estudios prospectivos de las víctimas de abuso sexual infantil

El estudio longitudinal resulta de suma importancia para poder analizar la evolución de la sintomatología con el paso del tiempo y encontrar los factores que contribuyen a la recuperación de los niños. La mayoría de los estudios prospectivos hicieron un seguimiento de las víctimas durante 12-18 meses y muy pocos lo prolongaron durante 2-5 años. Se ha encontrado que los síntomas tienden a disminuir con el paso del tiempo; aunque esta mejora no necesariamente implica la resolución del trauma, sino que puede ser que su forma de manifestarse esté mejor enmascarada. Además esto puede deberse a que la sintomatología va cambiando en niños de diferentes edades.

Los estudios han demostrado que el apoyo familiar es muy importante para la recuperación de la víctima. Las variables de sexo, raza o estatus socioeconómico no parecen influir en la recuperación (**Waterman**: 1993).

**Goodman et al.** (1993) encontraron que los niños implicados en procedimientos judiciales se recuperaban más lentamente que los que no habían estado involucrados. La recuperación parecía especialmente dura en los casos en los que los niños tenían que declarar en múltiples ocasiones, que tenían miedo del agresor y que no contaban con nadie que pudiera corroborar lo sucedido. El trauma añadido que representa el declarar en un proceso judicial se puede ver disminuído cuando se efectúa en un ambiente de protección. Por lo que se recomienda la importancia de resolver el caso con rapidez, intentar que el niño no tenga que testificar en múltiples ocasiones y evitar que se enfrente cara a cara con el abogado defensor.

### 3.9.3. Diferentes teorías acerca de los efectos del Abuso Sexual Infantil

#### A. Teorías nucleares sobre los efectos

**Wolfe y Gentile** (1992) plantean que los niños que fueron objeto de abuso sexual sufren un “proceso de erotización” que no les permite distinguir entre relaciones eróticas y no eróticas, por lo que actividades normales, como estar en las rodillas de un persona, pueden excitarlos sexualmente. Esto se puede manifestar en forma de masturbación compulsiva, juego sexual precoz, conocimientos sexuales inapropiados para su edad, fantasías sexuales y proposiciones sexuales a otros niños y adultos. Aunque muchos niños no presentan esta sintomatología.

**Wolfe, Gentile y Wolfe** (1989) formularon una hipótesis acerca de los efectos del abuso sexual infantil basada en el “desorden de estrés postraumático”. Las víctimas de abuso sexual infantil presentan algunos de los síntomas de este desorden (pensamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con el trauma, incapacidad de respuesta e hiperactividad reflejada en trastornos del sueño, irritabilidad y dificultades de concentración).

También dentro de la teoría nuclear se plantea que son los daños causados a la “autoimagen” de la víctima, generados por el abuso sexual infantil, los responsables de las dificultades que éstas presentan posteriormente (**Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor**: 1993).

#### B. La teoría de Finkelhor y Browne (1986)

Plantea como causa principal del trauma a la “*dinámica existente entre cuatro factores*” (sexualización traumática, traición, estigmatización e indefensión), ya que ésta distorsiona el autoconcepto, la visión sobre el mundo y las capacidades afectivas del niño objeto de abusos sexuales.

La **sexualización traumática** hace alusión al proceso por el que se configura la sexualidad del niño a partir del abuso sexual, incluyendo sus sentimientos y actitudes sexuales, de una manera evolutivamente inapropiada y disfuncional. Por lo que desarrollará una conducta promiscua o aversión al sexo. La víctima puede reaccionar con un sentimiento de confusión general en todo lo que respecta a la sexualidad, obsesionándose con el sexo, con una masturbación excesiva, intentando abusar sexualmente de otros niños más pequeños, experimentando una aversión por la sexualidad, presentando disfunciones sexuales o manifestando problemas relacionados con la identidad sexual.

El **sentimiento de traición** se centra en el proceso por el cual el niño descubre que una persona en la que confía y con la que tiene una fuerte relación de dependencia lo ha lastimado. La traición puede provenir de diversas fuentes como el agresor, la persona a la que le contó lo sucedido el niño y que no le creyó, los que no hicieron nada para protegerlo y los que veían las acciones emprendidas en beneficio del niño como una intrusión. La desilusión y la pérdida de una figura de confianza pueden llevar a sentimientos depresivos, cólera y a la desconfianza hacia las demás personas, fundamentalmente en aquellas que se sitúan en contextos de relaciones interpersonales.

La **estigmatización** es el proceso por el que se transmiten al niño una serie de connotaciones negativas acerca del abuso (maldad, culpa, vergüenza), las cuales luego se incorporan a su autoimagen. El agresor en muchos casos puede culpar o insultar a la víctima diciéndole que fue él quien lo sedujo, lo que puede llevar a la autoinculpación del niño. Puede llevar a una baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza, conductas autolesivas, ideas suicidas y a que se identifiquen con otros niveles de estigmatización de la sociedad (prostitución, drogadicción). A su vez, el mantenimiento del secreto del abuso sexual puede aumentar el sentimiento de estigmatización, ya que se refuerza la sensación de ser diferente.

La **indefensión** hace referencia al proceso dinámico por el que la voluntad, los deseos y el sentido de eficacia del niño se ven disminuidos, debido a la invasión del territorio y espacio corporal de la víctima en contra de su voluntad, reforzando de este modo su autopercepción como víctima. Esto puede llevar a que el niño desarrolle un sentimiento de impotencia y a la incapacidad de evitar posteriormente la repetición de abusos. Este sentimiento se relaciona con el posterior desarrollo de ansiedad y miedo, el trastorno de las habilidades de afrontamiento (sociales y académicas) y con reacciones compensatorias que tienen su origen en la necesidad extrema de controlar o dominar y que pueden llevar a que abusen sexualmente de otros.

#### C. El modelo de procesamiento de información del trauma (Hartman y Burgess: 1993)

Intenta explicar la relación entre el abuso sexual infantil y el nivel de adaptación alcanzado por la víctima centrándose en el procesamiento por el niño del abuso sexual y en los principales parámetros implicados en las “*sucesivas fases*” (pretrauma, encapsulación, revelación y recuperación).

La víctima mantiene la información en la memoria activa hasta que puede colocarla en la memoria distante. Para que el trauma se resuelva tiene que ser suficientemente procesado como para poder almacenarse, luego de que hayan sido neutralizados los sentimientos evocados por su recuerdo y la ansiedad. En cambio, cuando un acontecimiento traumático no se resuelve y queda en la memoria activa del sujeto o éste se defiende de él usando mecanismos cognitivos como la negación o la disociación, trae como consecuencia el desorden de estrés postraumático.

Si el niño experimenta sus primeros síntomas agudos, como reproducciones visuales del suceso, hipersensibilidad a ciertos estímulos, pensamientos incontrolados sobre el suceso, ansiedad, trastornos del sueño, pasividad excesiva, hipersexualidad o estados disociativos de la conciencia, y no obtiene ningún tipo de respuesta, se produce un período de “quietud” durante el que suelen continuar los abusos. En este período el niño generalmente se siente atrapado, lo que lo lleva a “encapsular” el suceso traumático. Este proceso de encapsulación tiene dos componentes: la exigencia del silencio por el agresor y la adopción por el niño de una posición defensiva, evitando toda discusión sobre el tema y

posible detección. Durante la encapsulación, el procesamiento de la información mantiene el abuso en la memoria inmediata produciendo diversos efectos en la víctima como el entorpecimiento del desarrollo del yo y de otras áreas, la alteración del sentido del bien y del mal, el sentimiento de indefensión y la utilización de estrategias peligrosas que le permitan sobrevivir (fragmentación del yo, disociación del acontecimiento).

En la **fase pretrauma** la fortaleza y vulnerabilidad de la víctima se relaciona con tres factores, con la historia temprana (experiencias de socialización, relaciones con padres y hermanos, recursos sociales), con las creencias y valores sobre el abuso y su afrontamiento y con las condiciones de estrés que pueden intensificar su reacción ante el abuso sexual.

En la **fase de encapsulación** del trauma el niño tiene que confrontarse a los detalles del abuso, siendo aquí importante la edad del niño, la relación de la víctima con el agresor, el grado de violencia o las amenazas usadas, el tipo de actos sexuales realizados, los modelos de inhibición y desinhibición usados por la víctima para afrontar la conducta agresiva y erótica del agresor y el uso de la pornografía.

Durante la **fase de revelación** del abuso los factores principales son la naturaleza de la revelación (voluntaria o no), la reacción de la familia e instituciones, la relación del niño con el agresor y el empleo de amenazas.

Durante la **fase postrauma** son importantes el nivel de adaptación adquirido, la posible discontinuidad en actividades cotidianas anteriores al abuso, el afrontamiento por la familia y la víctima de la conducta sexual, el diálogo familiar sobre el tema y la evolución que presenta el niño durante los dos años que siguen a la investigación, juicio y terapia. Durante esta fase el niño se habrá adaptado de acuerdo a un modelo integrado, de evitación, sintomático o de identificación con el agresor.

El niño que se adaptó siguiendo un “**modelo integrado**” es aquel que pudo superar la ansiedad generada por el abuso sexual, por lo que cuando se habla al respecto ni estimula ni evita la discusión, hablando sobre el suceso con bastante objetividad. Considera que el único responsable de lo ocurrido fue el adulto, por lo que piensa que es apropiada su persecución por la Justicia; está orientado al futuro, hace nuevas amistades y se muestra adaptado en la familia, con sus amigos y en la escuela.

El niño que se adaptó según un “**modelo de evitación**” continúa presentando ansiedad, conciente o inconscientemente, por el abuso. Cuando se habla al respecto de lo sucedido el niño se niega a reconocer lo ocurrido, no pudiendo dar una descripción clara del suceso e intentando evitar toda discusión sobre el tema. Se siente responsable y piensa que se ha manchado a sí mismo y a su familia; tiene miedo del agresor y vive orientado al presente. Cuando no está bajo estrés hace una vida normal y actúa como si el abuso no hubiese sucedido, pero el estrés y el fracaso de los mecanismos de evitación pueden llevarlo a presentar síntomas de depresión y conductas autolesivas. No mantiene constantes las relaciones con amigos, mantiene relaciones tirantes con su familia y sigue presentando dificultades escolares, pudiendo desarrollar una conducta antisocial.

El “**modelo sintomático**” se caracteriza por la cronicidad de los síntomas relacionados con el abuso sexual o con otros sucesos traumáticos, lo que puede ser una reacción acumulada frente a acontecimientos estresantes adicionales, como la separación de los padres o la muerte de un familiar. Produciendo en el niño un aumento de ansiedad que se le hace difícil dominar; se angustia mucho cuando se menciona el tema del abuso y se culpa a sí mismo por haber participado en esa actividad. El suceso continúa presente en su conciencia, piensa que debería habérselo contado a sus padres, vive orientado al pasado creyendo que es imposible que se pueda recuperar; por lo que tiene pocas expectativas en el futuro. Las relaciones familiares generalmente son inestables, muchas veces discontinúan las relaciones con sus amigos y comienzan a juntarse con niños más pequeños. Pueden abandonar el colegio, seguir presentando conductas sexuales explícitas y volver a ser víctima.

El “**modelo de identificación con el agresor**” se caracteriza por una asimilación de la ansiedad, adoptando la víctima la personalidad del agresor. Pasa de ser la persona amenazada a ser el amenazador, domina la ansiedad explotando a los otros y adoptando una conducta antisocial en la familia, con sus compañeros y en la escuela. Tiende a minimizar el abuso cuando se habla al respecto y está en contra de la intervención de las autoridades. La víctima mantiene lazos emocionales, sociales y económicos con el agresor, sintiendo pena por todo lo que tuvo que pasar el adulto. Presenta problemas con las autoridades. Hay un cambio completo en su sistema de creencias, que se caracteriza por la conducta antisocial.

#### **D. Modelos Evolutivos (Cole y Putnam: 1992).**

Plantean que es importante el momento evolutivo en el que se da el abuso sexual y centran su teoría en como el abuso puede interferir en el desarrollo de la integridad del yo, en las habilidades de autorregulación y en la capacidad para establecer relaciones con los iguales. Consideran que estos problemas son el origen de posteriores síntomas.

Explican la variedad de efectos del abuso según las diferentes etapas evolutivas en que sucede y las diversas capacidades de afrontamiento de los niños.

En la “etapa de preescolar” los niños disponen de muy limitadas capacidades de afrontamiento y usan estrategias de disociación o negación.

Los niños de “escolar” presentan un incremento de las habilidades de afrontamiento de tipo introspectivo, por lo que son más vulnerables a los sentimientos de culpa y vergüenza, lo que les dificulta sus capacidades sociales y el sentido de autocompetencia entre iguales.

En la “etapa adolescente” usan estrategias inmaduras como conductas impulsivas, lo que puede llevarlos a iniciarse en el consumo de drogas y alcohol o a conductas sexuales inapropiadas y peligrosas.

Por lo que el afrontamiento utilizado por los niños frente al abuso es una variable mediadora imprescindible para

entender y predecir la salud mental posterior de la víctima, siendo el nivel evolutivo el moderador de las relaciones entre afrontamiento y síntoma.

### E. Teoría cognitivo-conductual

**Hoier et al.** (1992) formularon un modelo cognitivo-conductual, que incluye procesos mediadores de aprendizaje y cognitivos, para entender la relación “antecedente-respuesta-consecuencias” que puede estar en el comienzo y en el mantenimiento de las respuestas que se observan en las víctimas de abuso sexual infantil.

El **aprendizaje respondiente** (condicionamiento clásico) y el **aprendizaje instrumental** (contingencias de refuerzo y de castigo) son los dos procesos básicos de aprendizaje que evocan las respuestas de los sujetos.

Los sucesos internos y las señales externas pueden operar como **estímulos condicionados** que producen activación, fenómenos de experimentación y otras respuestas aprendidas a través del condicionamiento clásico. Si bien las señales autonómicas y otras respuestas condicionadas pueden ser similares para todas las víctimas, las señales condicionadas que producen respuestas condicionadas son diferentes para cada individuo en función de su historial de aprendizaje. El condicionamiento clásico explica algunas respuestas fisiológicas, motoras y cognitivas inmediatas, pero no explica diferentes respuestas de afrontamiento de las víctimas (trastornos sexuales, retraimiento social, evitación) o la persistencia de las respuestas después de finalizados los episodios de abuso sexual.

El **proceso de aprendizaje instrumental** se da cuando la conducta pasa a ser controlada por las consecuencias. El **reforzamiento positivo y el negativo** pueden operar simultáneamente en la configuración de las respuestas de las víctimas. La **extinción** es el proceso por el que las respuestas de la víctima para evitar el abuso no van acompañadas del reforzamiento u otras consecuencias y entonces desaparecen. Por lo que cuando las protestas de la víctima no hacen que haya un cambio en la conducta del perpetrador o cuando la revelación del abuso por el niño no produce una reacción positiva en sus padres, estas conductas tenderán a disminuir o desaparecer.

La **resistencia a la extinción** de las respuestas de la víctima (activación/miedo, evitación/escape) una vez que terminaron los abusos sexuales se explican en función de la generalización, la naturaleza de los estímulos condicionados y la adquisición de reglas cognitivas. La **generalización** se da cuando un estímulo neutro que comparte características comunes con el estímulo condicionado original lleva a evocar también respuestas relacionadas con el suceso traumático. Por ejemplo, una niña que es objeto de abuso sexual por su abuelo puede llegar a temer a los hombres mayores o a todos los hombres como resultado del abuso. También contribuyen al mantenimiento de las respuestas traumáticas la secuencia y complejidad de los **estímulos asociados** al abuso, ya que impiden los procesos normales de extinción y desensibilización. Las **reglas cognitivas** (cogniciones construidas por los individuos para describir las relaciones entre antecedentes-respuestas-consecuencias) se caracterizan por su capacidad para regular las respuestas de los individuos con independencia de los sucesos ambientales, por lo que también explican el control y mantenimiento de las respuestas relacionadas con el trauma. Así una víctima de abuso sexual puede seguir usando estrategias de escape incluso en condiciones de seguridad después de finalizados los abusos sexuales.

### F. Modelo transaccional

**Spaccarelli** (1994) formuló un modelo transaccional que plantea al “*abuso sexual*” como una serie de sucesos estresantes y a las “*evaluaciones cognitivas*” y “*respuestas de afrontamiento*” de las víctimas como factores de riesgo o de protección que pueden mediatizar los efectos del abuso en la salud mental. Los factores evolutivos y ambientales pueden afectar las respuestas de las víctimas, ya que pueden moderar la relación entre los factores de estrés del abuso sexual y dichas respuestas. Mientras mayor es el nivel de sucesos estresantes mayor es la probabilidad de que la víctima presente síntomas de estrés postraumático, ansiedad, depresión y problemas de conducta. A su vez, un mayor nivel de estrés hará que la víctima utilice estrategias de afrontamiento maladaptativas y perciba los abusos de tal forma que se dañe su autoimagen positiva, su sentimiento de seguridad y su confianza en los demás.

Esta teoría plantea que existe una compleja interacción entre procesos evolutivos puestos en marcha antes del abuso y las transacciones persona-ambiente positivas y negativas que pueden suceder después. En algunos casos estas transacciones perjudicarán el desarrollo a través de una trayectoria patológica, mientras que en otros casos los recursos que tiene la víctima para protegerse pueden ser suficientes para prevenirla.

### 3.10. Prevención

Un factor relevante en la prevención de los malos tratos está dado por el “**apoyo social**”. Éste cumple tres objetivos fundamentales:

- prestación de ayuda para el cuidado del niño
- facilitar el acceso a los recursos en momentos de crisis
- permitir que observadores externos controlen lo que sucede en la familia

**Pérez Conchillo y Borrás** plantean que la mejor forma de prevenir el abuso sexual infantil es a través de una buena comunicación con los hijos y una adecuada educación sexual desde temprana edad. “Que los niños tengan en sus padres los mejores interlocutores y que tengan un conocimiento realista y amplio de las relaciones humanas, incluida la sexualidad, es una estimable dotación que puede serles muy útil en las relaciones con los demás” (1996: p. 93).

#### Recomendaciones para que haya una buena comunicación entre padres e hijos:

- que los padres tengan un diálogo cotidiano con los niños, animándolos a que compartan con ellos sus ansiedades y problemas;

- estimular a los niños a que hablen de sus amigos y de las personas mayores que los rodean, debe generarse un canal abierto para que el niño encuentre un referente amigable y no un interrogatorio policial lleno de críticas;
- hay que tomar con madurez las confesiones del niño y poder tomarlas en serio y guardar secreto al respecto si así lo desea;
- intentar no dejar solos a los niños, o en caso de necesidad dejarlos con alguien de confianza;
- cuando se deja a los niños en una guardería o al cuidado de alguien aparecer de improviso para ver cómo los están tratando;
- tener en cuenta los cambios de humor y miedos de los niños;
- prestar atención cuando el niño dice no querer estar con alguien (aunque sea un familiar o amigo cercano) y ver como evoluciona la relación entre éstos;
- educar a los niños de tal forma que sepan decir “no” para así evitar situaciones de sumisión; fomentarles la habilidad de asertividad (estrategias de afrontamiento) de modo que sepa pedir y negar para no ser una víctima indefensa frente al ofensor sexual;
- prestar mucha atención si los niños llegan a la casa con regalos o dinero, y
- muchas veces es oportuno contarles a modo de un cuento, sin asustarlos, que algunos adultos pueden hacerles daño o forzarlos a hacer cosas que no quieren.

Si existe una sospecha de que algo raro está pasando, como cambios del humor, diferente forma de reaccionar frente a caricias o besos de los padres, rebeldía o incomodidad frente a la proximidad física, es importante que los padres hablen con los niños, buscando la causa del problema. Si persisten las actitudes negativas o de silencio es aconsejable hacer una consulta con un profesional especialista en estos temas para que le ayude a explorar las causas del malestar del niño, a averiguar si existen abusos sexuales y para que oriente a la familia en el caso de que éstos se hayan producido.

Sin la identificación del problema y sin el control inmediato del abuso sexual y la ayuda profesional, los efectos psicológicos para el niño pueden ser muy negativos.

Es importante **intervenir en la educación a varios niveles** para una buena prevención de los abusos sexuales:

- educación para la prevención a los niños
- y educación para la detección a los adultos de profesiones relacionadas con la infancia.

Se deberían crear **programas interdisciplinarios** que potencien y desarrollen programas de prevención y detección de abusos sexuales en la enseñanza, en la sanidad y en los servicios sociales. Ya que los profesionales relacionados con la infancia pueden desempeñar un importante papel en la detección de los abusos, especialmente en los casos de incesto, donde el secreto familiar es muy difícil de romper.

**Gross y Apfelbaum** (1996) plantean que el maltrato (físico, psicológico, abuso sexual y violencia familiar) ha sido estudiado desde diferentes ciencias que confluyen en la necesidad de su terapia interdisciplinaria.

**Desde lo civil y penal** se efectúan una serie de caminos alternativos para la resolución de estos problemas, cuyo ideal reside en la *prevención*. Así se ha instaurado la **denuncia** como acto de colaboración; toda persona que presencie o tenga conocimiento de maltrato hacia un menor o incapaz, está autorizado para denunciarlos al juez competente, a los funcionarios del Ministerio Fiscal o a la Policía (Art. 155 del Código Penal de la Nación). También está habilitado el Asesor de Menores, que tiene el deber de informar elevando la denuncia a la justicia penal si se trata de un delito y de acciones que dependen de instancia privada (acciones que requieren la denuncia de la víctima o su representante legal, como el caso de lesiones leves, violación, estupro, raptó o abuso deshonesto) y la víctima no tiene padres o representantes legales.

Incluso el propio menor de 14 a 18 años puede denunciar y si no alcanzó dicha edad puede informar el hecho a la policía y este hecho, aunque no tiene carácter de denuncia, debe ser investigado por la autoridad pública.

Están obligados a denunciar los empleados públicos, funcionarios y médicos a cuyo conocimiento llega un hecho de violencia y maltrato a menores; éstos quedan libres del secreto profesional cuando se efectúa en ejercicio de un deber y en función de una justa causa, siendo la persona del niño el bien jurídicamente protegido.

A esto se ha sumado un nuevo instrumento legal, el **Fuero Civil de Familia de la Capital Federal** (ley 24.417/94). Desde éste se protege de todo daño físico y/o psíquico. El **juez civil** interviene donde la medida cautelar posibilita el cese de una conducta perjudicial, permitiendo así el acceso a un tratamiento terapéutico. El **juez penal** interviene frente a un daño grave consumado que represente un riesgo serio de que se vulnere la integridad física de una persona. Aunque el juez penal interviene en estos casos, es el juez civil el que continúa con las medidas protectivas y cautelares que sean necesarias.

Esta ley (24.417/94) apunta a restablecer la armonía familiar, dentro de los límites y códigos de la familia que tiene su sistema enfermo, o en su defecto poner a salvo las víctimas para que no sigan enfermándose, y luego poder reinsertar al maltratador al medio familiar.

**La familia nuclear** es potencialmente la transmisora de la salud o enfermedad en los individuos que genera. El niño forma su personalidad con un entorno de contención cultural, afectiva y emocional donde nace y allí comienza el hombre o mujer, que luego, integrado al medio social, se constituye en factor de cambio positivo o negativo para su evolución histórica.

El niño abusado no lo es solamente dentro del área de su intimidad y dignidad como persona (abuso sexual), sino en todas las áreas de abandono.

### **Sexualidad Infantil**

Según **Pérez Conchillo y Borrás** "... A pesar del cambio de mentalidad en las cuestiones relativas al sexo de los

adultos, todavía rige el oscurantismo y el temor a la hora de tratar la sexualidad infantil” (1996: p. 109).

Las **prácticas sexuales** son totalmente naturales en los niños y se originan por la curiosidad. Es raro que a los niños se les hable de otra área de la sexualidad que no sea la reproducción. Sin embargo, la mayoría de los niños y niñas han tenido juegos de tipo homo y heterosexual, ya que en este período evolutivo lo más importante es la curiosidad, el descubrimiento del cuerpo y de las sensaciones; el compañero de juegos es circunstancial y no elegido por su atractivo erótico.

En general los adultos tienden a olvidar los juegos sexuales que practicaban y sus primeras sensaciones sexuales.

Quizá este **oscurantismo de la propia vida sexual infantil** y el sentimiento de inquietud que se produce al referirse a los juegos sexuales de los niños, especialmente cuando éstos se acompañan de muestras de placer, sea debido al “tabú del incesto”.

El hecho de aceptar que los niños puedan disfrutar de su propia sexualidad quita a los padres del papel exclusivo en la vida erótica de éstos.

A pesar de la aparente tolerancia hacia nuestras costumbres sexuales, las actitudes sobre la sexualidad infantil no han cambiado tanto desde el siglo pasado. La importancia del placer sexual femenino, negado durante siglos, va encontrando su sitio, al menos en los países desarrollados. Sin embargo, continúa presente el temor y la inquietud acerca del descubrimiento del placer sexual por parte de los niños y adolescentes.

Los niños sólo pueden sentir, su única salida es expresarse como puedan y esperar a que los adultos seamos conscientes de las vivencias propias y comprendamos que la sexualidad es un proceso evolutivo que está presente desde el nacimiento hasta la muerte. Los juegos sexuales infantiles son sanos y forman parte del progreso y del crecimiento, por lo que es necesario desechar las actitudes suspicaces o malintencionadas.

Es importante no confundir el abuso y la agresión con la necesidad de caricias, besos y abrazos que los niños necesitan, ya que se observa que por miedo a que se malinterpreten las conductas muchos padres ya no se acercan a sus hijos y éstos necesitan del afecto, del contacto de sus padres así como los padres necesitan el de sus hijos. “Sembrar caricias en los niños es una de las mejores maneras de educarlos en la convivencia, en el amor, en la sexualidad y en el respeto” (p. 110).

A los niños les encantan todos esos juegos y son muy importantes en su desarrollo afectivo; son juegos que los niños desean, buscan y comparten y cuya carencia generaba desastres en los niños de los orfanatos, a tal punto que éstos enfermaban, caían en un estado de apatía y depresión, y algunos incluso llegaban a morir por esta causa. Esto demuestra que las atenciones nutritivas y sanitarias no lo son todo, sino que los afectos juegan un papel primordial en el crecimiento y el desarrollo.

Por lo que hay que tener cuidado de que la información que se recibe no se magnifique y que la prevención no se convierta en evitación del contacto. Es muy importante que se hable sobre los abusos sexuales, pero esta información no tiene que ser parcializada y estereotipada ya que ésta deforma y constriñe la realidad. El contacto con los niños y la comunicación abierta y sana crea confianza y cariño y eleva la autoestima.

Según estos autores el lema de un mundo más habitable para todos los niños y las niñas sería “A más caricias menos abusos” (p. 112).

## Capítulo 4. Ejemplos de casos clínicos seleccionados de la revista científica “Child Abuse and Neglect”

La investigación de revistas científicas comenzó buscando el nexo de “abuso sexual infantil” y “parafilias en la adultez”, como aparecían publicaciones muy antiguas, y dado que se quería focalizar la ilustración en el último quinquenio, se eligieron las revistas que más se repetían para hacer la búsqueda directamente en sus volúmenes de los últimos años, de las que se seleccionó “Child Abuse and Neglect”. La búsqueda se realizó en FIU (Florida International University, Miami, FL, EE.UU.), en donde además de los artículos disponibles electrónicamente se tuvo acceso directo a todos los volúmenes de esta revista científica.

Se tomaron las revistas “Child Abuse and Neglect” de los últimos cinco años, se efectuó un recorrido de casi todos los volúmenes (alrededor de 200) y se los hizo pasar por **tres filtros**:

1. Se seleccionó según el *título*, a través de éste se descartó una serie de publicaciones.
2. En los artículos donde el título parecía relacionarse con abuso infantil y sus efectos a largo plazo, se centraba la atención en los *resúmenes*.
3. Por último, de los resúmenes de las publicaciones seleccionadas, se tomaron las que se consideraron *más interesantes en función de la temática de trabajo*.

### 4.1. Índice de los artículos

**1998** “Características del abuso en sobrevivientes de abuso sexual infantil que están en terapia: Una comparación de géneros”.

**1999** “El impacto a largo plazo del abuso sexual infantil en mujeres australianas”

“Contacto con la realidad en mujeres adultas que experimentaron abuso sexual y físico en la infancia”.

**2000** “La disociación como un mediador entre la historia de abuso infantil y el potencial abusador de adulto”.

- 2001** “Factores que predicen trastorno de estrés postraumático, depresión y gravedad de la disociación en víctimas de abuso sexual infantil”.
- 2002** “Previendo de que los jóvenes abusados sexualmente se conviertan en abusadores, y tratamiento de las experiencias de victimización de los jóvenes que abusan sexualmente”.
- “La influencia del abuso sexual y físico en la infancia, el ambiente familiar y el género en el ajuste psicológico de los adolescentes”.

#### 4.2. Desarrollo de los artículos

##### **“Características del abuso en sobrevivientes de abuso sexual infantil que están en terapia: Una comparación de géneros” (Gold *et al.*, 1998)**

El objetivo de esta investigación fue estudiar las semejanzas y diferencias en cuanto a las características que presentaban hombres y mujeres en psicoterapia ambulatoria que eran sobrevivientes de abuso sexual en la infancia. Se compararon las características del abuso en 48 hombres con las de 257 mujeres, ambas muestras tomadas de un programa de tratamiento ambulatorio para sobrevivientes adultos de abuso sexual infantil en un hospital universitario situado en un centro de salud mental comunitario.

Se encontró que en general no habían diferencias significativas en cuanto al sexo que no estuvieran relacionadas con diferencias anatómicas (Ej. Penetración vaginal versus anal ). Las únicas diferencias que se hallaron fueron que las mujeres eran significativamente más abusadas sexualmente por un miembro de la familia y que los hombres reportaban de forma significativa ser más receptores de sexo oral.

Los resultados sugieren que existen muy pocas diferencias en la naturaleza y extensión del abuso sexual infantil reportado por hombres y mujeres. Por lo que el abuso sexual en la infancia perpetrado en muchachos puede ser ampliamente comparable en naturaleza y extensión con el que se comete contra muchachas.

##### **“El impacto a largo plazo del abuso sexual infantil en mujeres australianas” (Fleming *et al.*, 1999)**

El objetivo de este estudio fue examinar la asociación entre el abuso sexual en la niñez y una gama de resultados adversos del adulto en una muestra comunitaria de mujeres, utilizando análisis multivariados que se encargaban de un número de efectos potenciales.

Se hallaron asociaciones significativas entre los reportes de abuso sexual infantil y la experiencia de violencia doméstica, violación, problemas sexuales, problemas de salud mental, baja autoestima y problemas con las relaciones íntimas aún después de tomar en cuenta una gama de factores familiares de contexto. Las mujeres más vulnerables a estos resultados negativos eran las que habían tenido la experiencia de abuso incluyendo el coito.

Los resultados indican que la influencia de abuso sexual infantil sobre los efectos adversos a largo plazo están mediatizados e influenciados tanto por la severidad de las experiencias de abuso como por una gama de factores familiares y del contexto social.

##### **“Contacto con la realidad en mujeres adultas que experimentaron abuso sexual y físico en la infancia”**

(Sacco y Farber: 1999)

El objetivo de esta investigación fue averiguar los diferentes efectos del abuso sexual y físico en la niñez sobre la calidad del contacto con la realidad (desórdenes preceptuales y síntomas disociativos) en la vida adulta posterior. Se completaron medidas de auto-reporte evaluando abuso sexual y físico en la niñez así como impedimentos preceptuales (distorsión de la realidad, inseguridad en las percepciones, alucinaciones y psicoticismo) y disociación (amnesia, absorción e involucración imaginativa, y despersonalización y desrealización) en 259 voluntarias femeninas entre las edades de 18 a 30 años, reclutadas en las universidades.

Se encontró que las mujeres que reportan abuso en la niñez disocian más que las mujeres no abusadas, a pesar de que no perciben más distorsiones preceptuales. La duración del abuso, edad en que se inició el abuso, número de perpetradores, y la relación del agresor con la víctima predecían dificultades en muchos aspectos del contacto con la realidad. Las mujeres que reportaron abuso sexual y abuso físico en la niñez, de manera especial tienden a reconocer fenómenos disociativos.

Estos hallazgos sugieren que las mujeres que reportan abuso continúan percibiendo de forma adecuada su contacto con la realidad pero, en comparación con grupos que no han sufrido abusos, se colocan más a menudo distantes del mundo y de sus propias experiencias sensoriales.

##### **“La disociación como un proceso mediador entre la historia de abuso infantil y el potencial abusador de adulto” (Narang y Contreras: 2000)**

Esta investigación partió de que habitualmente se observa que los niños víctimas de maltrato infantil se encuentran en una situación de riesgo para convertirse en el futuro en padres maltratantes y que el “aprendizaje observacional” puede ser un mecanismo que perpetúa este ciclo intergeneracional de maltrato, aunque dos tercios de los niños maltratados no se convierten en maltratadores. Por lo que se propuso como objetivo analizar si la disociación funciona como un mecanismo adicional que tiene un efecto mediador en la relación entre la historia de maltrato infantil y la condición de agresor en la vida adulta.

Se utilizó un diseño transversal para evaluar la historia de “abuso infantil”, la “disociación” y el “potencial de maltrato infantil” en una muestra de 190 estudiantes. Las tres variables fueron evaluadas con cuestionarios.



Se halló que las tres variables estaban interrelacionadas. Se encontró una nueva asociación entre la disociación y el potencial de abuso físico. La relación entre la historia de abuso físico y el potencial abusador físico estaba significativamente mediatizada por los niveles de disociación.

Los resultados sugieren que la disociación puede ser un mecanismo que ayuda a perpetuar el ciclo de abuso intergeneracional. Si bien, la disociación puede servir para la supervivencia psicológica durante las experiencias de abuso en la infancia, puede resultar en el desarrollo de tendencias abusivas en la vida adulta. Reducir la disociación en los padres puede ayudar a los clínicos a prevenir o terminar con el abuso físico infantil.

### **“Factores que predicen Desorden de Estrés Post Traumático, gravedad depresiva y disociativa en adultos víctimas de abuso sexual infantil” (Johnson D. *et al.*, 2001)**

El objetivo del estudio se fundamentó en dos preguntas centrales: 1) qué características del abuso se relacionan con DSPT (Desorden de Stress Post Traumático), gravedad depresiva y disociativa en sobrevivientes adultos del abuso sexual en la niñez; y 2) cuáles características del abuso influyen en la gravedad de la disociación durante el abuso sexual en la infancia.

Se evaluaron los síntomas actuales de DSPT, depresión y disociación en 89 mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil con medidas estandarizadas. Además, con una entrevista estructurada se examinaron características del abuso (edad en que sucedió, disociación peri traumática).

Los análisis de correlación indicaron que la disociación peri traumática se relacionó significativamente con los tres tipos de síntomas de gravedad. Análisis adicionales revelaron que las mujeres que experimentaron penetración del pene, creían que alguien/algo moriría, y/o fueron heridas mostraban como resultado del abuso una disociación peri traumática más severa. Análisis de regresión indicaron que la regresión peri traumática fue la única variable que predijo significativamente la gravedad del síntoma a través de los tipos de desorden. A su vez, diferentes características del abuso predecían la gravedad del síntoma adulto y la disociación peri traumática.

Los resultados sugieren una relación entre la disociación peri traumática y la sintomatología adulta muy intrigante, y tiene dos implicaciones clínicas fundamentales: 1) enseñar estrategias de enlace a los sobrevivientes de abuso sexual infantil con la esperanza de detener los síntomas inmediatamente después del abuso, y 2) la inclusión de intervenciones basadas en la exposición para el tratamiento de algunos sobrevivientes de abuso sexual en la niñez.

### **“Previniendo de que los jóvenes abusados sexualmente se conviertan en abusadores y tratamiento de las experiencias de victimización en jóvenes que ofenden sexualmente”**

(Bentovim: 2002)

El objetivo de esta investigación fue determinar si es posible evitar que los muchachos sexualmente abusados en riesgo de abusar otros niños, lleguen a hacerlo; y evaluar si los factores asociados con una experiencia de abuso sexual en personas jóvenes que están ofendiendo puede manejarse como un aspecto principal del trabajo terapéutico junto con el tratamiento de la conducta ofensiva.

Se examinaron investigaciones transversales y longitudinales que demuestran la importancia que tiene para los niños sexualmente abusados el vivir en un clima de violencia, sufriendo abuso físico, expuestos al abuso de las figuras maternas, y sufriendo interrupción y pobreza en la calidad del cuidado y la supervisión. Estos factores son confirmados en investigaciones prospectivas.

Se describen la aplicación de estos hallazgos a muchachos que han sido abusados sexualmente, incluyendo la evaluación de las necesidades de cuidado a sí como el trabajo terapéutico específico con el joven, y el trabajo para modificar el contexto familiar. Se examina también el tratamiento específico de las experiencias de victimización en personas jóvenes que han cometido ofensas sexuales y se sugieren recomendaciones para la modificación de los enfoques en el tratamiento.

Los resultados indican que es de vital importancia en el trabajo terapéutico con muchachos víctimas de abuso sexual que se considere el tema de su potencial abusivo, aun cuando una proporción relativamente pequeña de estos muchachos se convertirán en abusadores de otros. Dado que para los muchachos que sí abusan sexualmente, es muy posible que hayan crecido en un clima de violencia y cuidados deficientes, es necesario desarrollar métodos para manejar estas experiencias de victimización junto con los tratamientos centralizados en la ofensa.

### **“La influencia del abuso sexual y abuso físico en la infancia, el ambiente familiar, y el género en el ajuste psicológico de los adolescentes” (Meyerson *et al.*, 2002)**

El objetivo principal de este estudio fue examinar las contribuciones del abuso sexual, abuso físico, cohesión familiar, y conflicto para predecir el funcionamiento psicológico en adolescentes. Se realizaron análisis adicionales para determinar si las víctimas adolescentes de abuso sexual en la niñez y abuso físico percibían sus ambientes familiares como más conflictivos y con menos cohesión que los adolescentes no abusados.

Se tomaron 131 participantes adolescentes (varones y muchachas), de edades entre 16 y 18 años, que eran atendidos en un programa de entrenamiento residencial vocacional. Los participantes completaron instrumentos de evaluación psicológica reconocidos para evaluar la historia de abuso, las características del ambiente familiar y su ajuste actual.

Los adolescentes físicamente abusados hembras percibían sus ambientes familiares como más conflictivos y con menos cohesión que las hembras sin abuso físico, y las hembras sexualmente abusadas percibían sus ambientes familiares como más conflictivos y con menos cohesión que las hembras sin abuso sexual. Los varones adolescentes físicamente abusados reportaron más conflicto que los varones sin abuso físico, pero no diferían en relación a la cohesión.

Los adolescentes varones con y sin una historia de abuso sexual no diferían sobre las dimensiones familiares. Los análisis de regresión múltiple revelaron que tanto el conflicto y la cohesión, además de la historia de abuso sexual y físico predecían depresión y tensión. Análisis separados por género revelaron que estas variables influían diferencialmente el ajuste en los adolescentes varones y hembras. Los resultados de un análisis de poder indicaron suficiente poder para detectar estas diferencias.

Los resultados indicaron que además del abuso sexual en la niñez y el abuso físico, el conflicto familiar y la cohesión son factores de riesgo para el desarrollo de tensión psicológica y depresión en la adolescencia. Se discuten las implicaciones para el tratamiento y las direcciones para investigaciones futuras.

### 4.3. Conclusiones de los artículos

Frente al artículo de **Gold et al.** (1998) surge el interrogante acerca de que si existen muy pocas diferencias en la naturaleza y extensión del abuso sexual infantil reportado por hombres y mujeres... ¿por qué son los hombre los que padecen de parafilias?

Esto se relaciona con la investigación de Félix López y su equipo, en la que hallaron que existe un importante número de mujeres que abusan sexualmente (13,9%), las cuales eligen prioritariamente a los varones como víctimas (98,2%), mientras que los hombres eligen para cometer abusos en un 69,4% a las mujeres y en un 30,6% a los varones.

Tendrá razón Tiefer (1980) cuando plantea que no existen diferencias en la frecuencia de parafilias en ambos sexos, pero esos comportamientos no se reconocen como parafilias cuando se los aplica a las mujeres.

El artículo de **Fleming et al.** (1999) sustenta en cierto modo las hipótesis de trabajo, ya que se halló una asociación significativa entre el abuso sexual infantil y los problemas sexuales, de salud mental, baja autoestima y problemas con las relaciones íntimas. Dentro de los cuales, se podría inferir, están las parafilias.

A su vez, se encontró que los efectos a largo plazo están mediatizados por la severidad de las experiencias de abuso, siendo las experiencias con coito las que indicarían un peor pronóstico, y por factores familiares y del contexto, en los que la contención familiar jugaría un papel primordial.

**Sacco y Farber** (1999) encontraron en su investigación que las mujeres que reportan abuso en la niñez disocian más que las mujeres no abusadas. ¿Esta disociación cómo trabajaría en la formación de las parafilias?

Money (1986) plantea que en las parafilias hay una disociación entre amor y lujuria en el diseño del mapa de amor. A pesar de esta disociación hay un compromiso entre el amor y el vínculo por amor porque la genitalidad continúa funcionando al servicio de la lujuria pero de acuerdo a las especificaciones de un mapa de amor rediseñado y vandalizado, y con frecuencia compulsiva.

La investigación de **Narang y Contreras** (2000) sustenta el planteamiento anterior, ya que plantea la importancia que juega la disociación mediatizando la relación de abuso infantil y el potencial abusivo. Siendo la disociación un mecanismo que ayuda a perpetuar el ciclo del abuso intergeneracional, aunque en la infancia abusiva serviría para la supervivencia psicológica.

En el artículo de **Johnson et al.** (2001) se plantea que el haber sido abusado sexualmente en la infancia guarda relación con el sentimiento de que alguien o algo muere; lo que se podría relacionar con el paso de sujeto a objeto, y que podría llevar a que en la adultez haya una revictimización o al desarrollo de una parafilia, por ejemplo masoquismo.

**Bentovim** (2002) plantea en su investigación que es de vital importancia trabajar el potencial abusivo de las víctimas de abuso sexual infantil. Este potencial, a su vez, se vería favorecido por crecer en un clima de violencia familiar y poca contención.

Estos hallazgos sustentan los planteamientos de las teorías psicoanalítica, sexológica y del comportamiento; según las cuales el origen de la conducta del agresor sexual (muchas veces pedófilo) radica en las experiencias infantiles. El psicoanálisis piensa que se da un proceso de fijación y regresión a estadios anteriores, en los que hubieron situaciones traumáticas. La teoría sexológica plantea como causa a la vandalización de los mapas de amor. Y la teoría de la conducta a un aprendizaje observacional.

En el artículo de **Meyerson et al.** (2002) se halló que el conflicto familiar y la cohesión son factores que mediatizan el abuso sexual en la infancia y el posterior desarrollo de tensión psicológica y depresión.

Esto apoya el planteamiento de los teóricos del apego acerca de que el apoyo emocional de un adulto importante durante la infancia podría modificar los modelos internos, generando un mejor pronóstico a largo plazo.

Todas estas investigaciones apuntan al vínculo entre abuso sexual infantil y el desarrollo de parafilias en la adultez, algunas en forma más directa que otras.

## Conclusiones

1. A través del material teórico se sustenta la hipótesis de trabajo acerca de **la relación existente entre el abuso sexual en la infancia y el desarrollo de parafilias en la adultez.**

Desde la **perspectiva psicoanalítica** se cree que las causas fundamentales de la **pedofilia** radican en los problemas intrapsíquicos del adulto, la fijación o regresión a estadios del desarrollo psicosexual anteriores a la etapa de latencia. Se produce una reactivación de un suceso traumático anterior con el fin de dominarlo simbólicamente.

En muchos casos el **“trauma temprano”** que arrastran los pedófilos es **su propio abuso sexual**. El haber sido sexualmente abusados en su infancia puede dar lugar a una compulsión repetitiva a través de *dos procesos*, de la **identificación con el agresor** (le permite a la víctima combatir la indefensión experimentada convirtiéndose en agresor) o de la **venganza simbólica** por lo que le hicieron. Así el pedófilo intenta dominar su propio trauma infantil invirtiendo los roles en la victimización.

Desde la **teoría de las experiencias infantiles repetidas**, se postula que las humillaciones o castigos físicos de los padres a los hijos, se pueden compensar en la adultez a través de diferentes formaciones parafilias, como ser las agresiones sádicas o masoquistas, o el transvestismo. La parafilia permite conquistar y superar la ansiedad vivida en la infancia.

Desde la **teoría sociológica** se postula como determinantes de la pedofilia a los **“patrones de socialización sexual”** imperantes en la cultura occidental. Los cuales favorecen la desigualdad de poder entre hombres, mujeres y niños.

El **modelo de Finkelhor** plantea **cuatro precondiciones necesarias para que se produzca el abuso sexual infantil**; la motivación, la superación de inhibiciones internas, la superación de barreras externas y la superación de las posibles resistencias del niño.

Dentro de las **razones psicológicas de la motivación** se encuentran un desarrollo emocional deficiente, una *reactivación de un trauma sexual infantil*, la identificación narcisística con un yo infantil, el *modelado de otra persona con interés sexual por los niños*, una necesidad de poder y de control o una anomalía biológica. Las **causas socioculturales de la motivación** están dadas por la *exigencia de que los hombres sean dominantes y fuertes en sus relaciones sexuales*, la utilización de imágenes eróticas de niños en la publicidad, la pornografía infantil y, finalmente, la represión de la masturbación y de las relaciones extramatrimoniales.

El abusador también tiene que superar las **inhibiciones internas. Factores individuales** que pueden llevar a esta desinhibición son el *fracaso en la represión del incesto* dentro de la dinámica familiar. Entre los **motivos socioculturales** se encuentran la tolerancia social y la debilidad de las sanciones por el abuso sexual infantil, una ideología defensora de las prerrogativas patriarcales sobre los hijos.

Dentro de las **razones individuales que permiten al agresor superar las barreras externas** se encuentran la *ausencia de la madre* o que esté dominada o sea maltratada por su pareja, el aislamiento social de la familia, la oportunidad de estar a solas con el niño. Las **explicaciones socioculturales** se fundamentan en las barreras existentes para que haya una igualdad de la mujer y a la falta de apoyo social de la madre.

Los **factores individuales de la capacidad del niño para resistirse al abuso sexual** que influyen en un aumento de probabilidad de que se produzcan abusos son la inseguridad emocional del niño, la *ignorancia acerca del tema de abusos sexuales*, situaciones poco comunes de relaciones de confianza entre el agresor y la víctima y la coerción. Los **factores socioculturales** que predisponen son la *escasa educación sexual de los niños y su falta de eficacia social*.

Partiendo de un **modelo sexológico** las causas de las parafilias radican en la **vandalización del mapa de amor**.

Desde el punto de vista evolutivo, el programa de evolución erótico sexual se origina en los primeros años de vida (entre el primero y el quinto), se completa hacia el octavo, pero sólo se manifiesta en su plenitud después de la pubertad. Como resultado de este proceso la mayoría de las personas se definen como heterosexuales, pero algunas se diferencian como homosexuales o bisexuales.

El ser humano además de variar la orientación en la búsqueda de objetos, puede enriquecer su programa erótico sexual con muchas variantes y ornamentaciones. A veces éstas llegan a constituir las parafilias.

Es un requisito indispensable para la formación saludable de este patrón que el juego de ensayo erótico-sexual tenga lugar en la infancia con otro niño de edad acorde. El hecho de que un niño sea expuesto abruptamente a las expresiones erótico-sexuales de los adultos daña la formación de este patrón. La vandalización de los lovemaps, a través de abusos sexuales en la infancia, sería una de las causantes de las parafilias.

La teoría de la **transmisión intergeneracional del abuso infantil** plantea que el haber sido **víctima de abuso infantil** durante un **tiempo prolongado** guarda relación con la posibilidad de que el individuo llegue a convertirse en un **padre abusivo** (Milner, 1994).

La transmisión intergeneracional también puede implicar una filosofía sobre la disciplina por parte de los padres. Se ha encontrado que la creencia en la legitimidad de una disciplina física dura es una variable mediadora entre haber experimentado este tipo de disciplina y su utilización cuando adulto. Además los niños maltratados tienen dificultad con la regulación de la emoción, con la agresión y con la empatía, por lo que el maltrato y el abandono infantil pueden promover un tipo de personalidad hostil que puede desencadenar el maltrato (Simons *et al.*, 1991).

La **teoría del aprendizaje social** enfatiza el papel que juegan los condicionamientos en la sexualidad humana.

El **“aprendizaje observacional”** también interviene en la conducta del pedófilo; debido a que muchos de ellos fueron abusados sexualmente en su infancia aprenden, mediante el *modelado*, que las relaciones sexuales entre niños y adultos son apropiadas.

El haber sido víctima y/o observar un comportamiento abusivo durante la infancia aumenta la probabilidad de convertirse

en un padre abusivo, debido a que la conducta agresiva se aprende en la infancia y posteriormente se expresa durante el ejercicio de la paternidad.

Los **teóricos del apego** consideran que el maltrato se transmitirá de generación en generación si las experiencias negativas tempranas no se recuerdan e integran dentro de unos modelos internos de trabajo revisados sobre las relaciones.

Este ciclo del abuso se puede romper, ya que muchas veces los niños maltratados no se convierten en padres abusivos.

Un denominador común entre los padres que sufrieron abuso infantil pero que no maltratan a sus hijos es la presencia de unas relaciones emocionales de apoyo que modifican sus sentimientos y expectativas (Belsky, 1993).

**2. La hipótesis de trabajo de que el abuso sexual infantil “incrementa” la posibilidad de una persona a padecer algún tipo de parafilia en la adultez se sostiene en algunos de los estudios científicos realizados sobre esta temática.**

El **abuso sexual infantil trae graves efectos en la sexualidad**. Diversos estudios encontraron que el abuso trae problemas de adaptación sexual, como frigidez, orientación sexual confusa o promiscuidad e **interés sexual por los niños**, especialmente en el caso de las víctimas de incesto.

Runtz y Biere (1986) hallaron que las víctimas de abuso sexual infantil tenían **tres veces más** probabilidad de presentar problemas sexuales que los controles, dentro de los cuales se podría inferir se encuentran las parafilias.

Bagley, Wood y Young (1994) realizaron un estudio con 117 hombres que habían sido abusados sexualmente en su infancia y hallaron que estos sujetos estaban manteniendo o habían mantenido contacto sexual con un menor de edad (pedofilia). **La combinación de abuso sexual y emocional durante la infancia era el factor que mejor predecía el interés sexual por niños y adolescentes de ambos sexos.**

La **teoría de Finkelhor y Browne** plantea que la causa principal del trauma generado por el abuso sexual infantil radica en la *“dinámica existente entre cuatro factores”* (sexualización traumática, traición, estigmatización e indefensión). De los cuales, dos de ellos se relacionan directamente con la posibilidad de parafilias en la adultez.

La **sexualización traumática** hace alusión al *proceso por el que se configura la sexualidad del niño a partir del abuso sexual*, incluyendo sus sentimientos y actitudes sexuales, *de una manera evolutivamente inapropiada y disfuncional*. Por lo que desarrollará una conducta promiscua o aversión al sexo. La víctima puede reaccionar con un sentimiento de confusión general en todo lo que respecta a la sexualidad, obsesionándose con el sexo, con una masturbación excesiva, intentando abusar sexualmente de otros niños más pequeños, experimentando una aversión por la sexualidad, presentando disfunciones sexuales o manifestando problemas relacionados con la identidad sexual (fetichismo, fetichismo transvestista, frotteurismo, escatología telefónica, zoofilia, ó pedofilia)

El **sentimiento de indefensión** se relaciona con el posterior desarrollo de ansiedad y miedo, el trastorno de las habilidades de afrontamiento (sociales y académicas) y con *reacciones compensatorias* que tienen su origen en la *necesidad extrema de controlar o dominar y que pueden llevar a que abusen sexualmente de otros* (pedofilia, sadismo, necrofilia ó zoofilia).

Según **Pérez Conchillo y Borrás** (1996) las víctimas de abuso sexual infantil no encuentran expresión para sus deseos, sus elecciones se inhiben y pasan a ser un mero objeto para el uso del otro. Este **paso de sujeto que elige a objeto que es elegido para ser usado** puede generar profundos sentimientos de indefensión y lesionar gravemente la autoestima. A lo que se le suman sentimientos de impotencia, tristeza, rabia o vergüenza (masoquismo, sadismo ó pedofilia). Esto puede llevar a que las *víctimas de abuso sexual infantil se conviertan*, en la vida adulta, en *abusadores de otros niños*.

**3. En cuanto a la tercer hipótesis de trabajo, las consultas de pacientes parafilicos reconocen la existencia de abuso sexual en la historia del sujeto**, es difícil determinarlo ya que en general los sujetos que padecen de parafilias no consultan por su padecimiento, sino que llegan a tratamiento por derivación judicial, o por otros padecimientos, como depresión, ansiedad, etc. Aunque en los estudios sobre sujetos abusados sexualmente en la infancia se encontró que en su adultez estaban practicando algún tipo de parafilia, fundamentalmente la pedofilia (por ej. en el estudio de Bagley, Wood y Young, 1994)

**Este trabajo aporta como relevante** (además de lo que éticamente comportan los fenómenos señalados) la importancia de la **prevención** de los **abusos sexuales**, y del maltrato en general, ya que así se estaría **previniendo**, en parte, al **posterior desarrollo de parafilias**. También se recalca que en caso de que los abusos ya se hayan producido, se puede prevenir el desarrollo de sus efectos a largo plazo a través de la contención familiar y social y del tratamiento psicológico especializado, tanto para el niño objeto de abuso como para su entorno familiar. Disminuyendo así el impacto sobre las víctimas como potenciales ofensores sexuales.

Es importante no olvidar que existe un polideterminismo de causas, por lo que hay que tener en cuenta una serie de variables mediadoras, como ser la frecuencia y duración del abuso, la relación con el agresor, el tipo de acto sexual cometido, la edad de inicio, tiempo transcurrido entre el abuso y su revelación, la reacción de la familia ante el mismo y el funcionamiento familiar.

Se ha encontrado que existe una mayor predisposición a padecer de efectos más graves a largo plazo cuando el abuso sexual es incestuoso; se produce con más frecuencia y se prolonga por más tiempo; implica una naturaleza más grave (penetración vaginal, anal o contacto oral-genital); los abusadores son hombres; la revelación del abuso es inmediata; en niños que provienen de familias disfuncionales y poseen poco apoyo emocional.

Tomando a Pérez Conchillo y Borrás en este trabajo se plantea que la mejor forma de **prevenir el abuso sexual infantil** es a través de una *buena comunicación* con los hijos y una *adecuada educación sexual* desde temprana edad. “Que los niños tengan en sus padres los mejores interlocutores y que tengan un conocimiento realista y amplio de las relaciones humanas, incluida la sexualidad, es una estimable dotación que puede serles muy útil en las relaciones con los demás” (p. 93).

Es importante intervenir en la **educación a varios niveles** para una buena prevención de los abusos sexuales; educación para la prevención a los niños y educación para la detección a los adultos de profesiones relacionadas con la infancia.

Se deberían crear **programas interdisciplinarios** que potencien y desarrollen programas de prevención y detección de abusos sexuales en la enseñanza, en la sanidad y en los servicios sociales. Ya que los profesionales relacionados con la infancia pueden desempeñar un importante papel en la detección de los abusos, especialmente en los casos de incesto, donde el secreto familiar es muy difícil de romper.

Es importante cuidarse de que la información que se recibe no se magnifique y que la **prevención** no se convierta en **evitación del contacto**.

El contacto con los niños y la comunicación abierta y sana crea confianza y eleva la autoestima.

El lema de un mundo más habitable para todos los niños y las niñas sería “... *A más caricias menos abusos*”(Pérez Conchillo y Borrás, p. 112).

“Cuando se visualiza la importancia de los procesos mentales en la conformación de la sexualidad humana, una conclusión inevitable es la de reconocer el papel preponderante de la educación, sea ésta formal o no, en la determinación de la calidad de vida sexual del individuo y de la sociedad. **Una sociedad mejor requiere de una sexualidad vivida en forma armónica, responsable, plena y libre**” (Rubio Auriolés, 1994: p. 12).

## Referencias bibliográficas

- Adams, J.; McClellan, J.; Douglass, D.; McCurry, C., y Storck, M. (1995). Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 555-568.
- Ahumann, V.; Amengual, S.; Daher, A.; Dagnino, A.; Estévez, P.; Garrote, N.; Molina, M.; Payalora, M., y Rucker, S. *Violencia hacia los niños*.
- Álvarez Gayou, J. L. (1979). *Elementos de Sexología*. Concepto de Normal en Sexología. (pp. 57-62). México: Nueva Interamericana.
- Álvarez Gayou Jurgenson, J. L. (1986). *Sexoterapia integral*. Pág. 4: expresiones comportamentales (pp. 34, 35). México: Editorial El Manual Moderno.
- Álvarez, L. (1993). Espacio judicial-espacio familiar. Por qué la violencia?. *Rev. A.P.F.R.A*. Buenos Aires.
- Álvarez, L. (1999). *Apuntes teóricos dictados en la materia Psicología Jurídica*, en la Universidad de Belgrano.
- American Psychiatric Association. (1983). DSM III. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1999). DSM IV. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Ammerman, R. T. (1990). Etiological models of child maltreatment. *Behavior Modification*, 14, 230-254.
- Aulagnier-Spirani, P. et al. (1968). *El deseo y la Perversión*. Estudio de las Perversiones Sexuales a partir del Fetichismo (Rosolato, G.). (pp. 9-48). Buenos Aires: Sudamericana.
- Azar, S. T. (1991). Models of child abuse: A metatheoretical analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 18, 30-46.
- Bagley, C.; Wood, M., y Young, L. (1994). Victim to abuser: Mental Health and Behavioral sequels of child sexual abuse in a community survey of young adult males. *Child Abuse and Neglect*, 18, 683-697.
- Bancroft, J. (1977). *Desviaciones de la conducta sexual*. Pág. 1: el concepto de la desviación sexual (pp. 15). Barcelona: Editorial Fontanella.
- Becker, J.; Kaplan, M.; Tenke, C., y Tartaglino, A. (1991). The incidence of depressive symptomatology in juvenile sex offenders with a history of abuse. *Child Abuse and Neglect*, 15, 531-536.
- Beitchman, J. H.; Zucker, K. J.; Hood, J. E.; DaCosta, G. A., y Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 15, 537-556.
- Beitchman, J. H.; Zucker, K. J.; Hood, J. E.; DaCosta, G. A.; Akman, D., y Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Bendixen, M.; Muus, K. M., y Schei, B. (1994). The impact of child sexual abuse. A study of a random sample of norwegian students. *Child Abuse and Neglect*, 18, 837-847.
- Bentovim A. (2002). Preventing sexually abused young people from becoming abusers, and treating the victimization experiences of young people who offend sexually. *Child Abuse and Neglect*, 26, 661-678.
- Bianco Colmenares, F. (1991). *Manual Diagnostico de las Enfermedades en Sexología*. Caracas: CIPPV, 3.
- Bleger, J., Cvik, N., Grunfeld, B. (1973). *Perversiones*. Revista de Psicoanálisis 30:2. Buenos Aires.
- Bloch, I. (1907). *La vida sexual en nuestros tiempos*. Tomado de Archivos de Sexología del Instituto Robert Koch. En la historia de la sexología. Curso de formación a orientadores sexuales a distancia. Módulo 1. Anexo 2. Fridman C. T. y Gindin L. R. (CETIS).
- Boschi, I. (1993). Una Concepción Sistémica de las Parafilias. *Revista Argentina de Sexualidad Humana* 7 (1). 52-60. Buenos Aires.
- Briere, J. (1984). The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: *Defining a post-sexual abuse syndrome*. Artículo presentado en la Third National Conference on Sexual Victimization of Children, Washington, D.C.
- Briere, J., y Runtz, M. (1986). Suicidal thoughts and behaviors in former sexual abuse victims. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 18, 413-423.
- Browne, A., y Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 66-77.
- Bryer, J. B.; Nelson, B. A.; Miller, J. B., y Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1426-1430.
- Burgess, A. W.; Hartman, C. R., y McCormack, A. (1987). Abused to abuser: Antecedents of socially deviant behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1431-1436.
- Camras, L. A.; Ribordy, S.; Hill, J.; Martino, S.; Spaccarelli, S., y Stefani, R. (1988). Recognition and posing of emotional expressions by abused children and their mothers. *Developmental Psychology*, 24, 776-781.
- Cantón Duarte J. y Cortés Arboleda M. R. (1997). *Malos Tratos y Abuso Sexual Infantil. Causas, Consecuencias e Intervención*. España: Siglo Veintiuno.
- Cazaud, J. (1976). *Las Perversiones sexuales*. Barcelona: Herder.
- Chaffin, M.; Kelleher, K., y Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*, 20, 191-203.
- Cheeser, E. (1975). *Aspectos humanos de las desviaciones sexuales*. Buenos Aires: Central.
- Cicchetti, D., y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 31-55.
- Cole, P. M., y Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology

- perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 2, 174-184.
- Cole, P. M., y Woolger, C. (1989). Incest survivors: The relation of their perceptions of their parents and their own parenting behavior. *Child Abuse and Neglect*, 13, 1-8.
  - Cole, P. M.; Woolger, C.; Power, T. G., y Smith, K. D. (1992). Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse and Neglect*, 16, 239-249.
  - Conte, J. (1985). The effects of sexual abuse on children: A critique and suggestions for future research. *Victimology: An International Journal*, 10. (pp.110-130).
  - Coons, P. M., y Milstein, V. (1986). Psychosexual disturbances in multiple personality: Characteristics, etiology, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 106-110.
  - Cortés Arboleda, M. R. (1995). El problema de la definición del abuso infantil. En Cantón Duarte (comp.), *Malos tratos a los niños, institucionalización y problemas de adaptación*. (pp. 19-43). Diputación Provincial de Jaén. Patronato de Bienestar Social.
  - Coulton, c. J.; Korbin, J. E.; Su, M., y Chow, J. (1995). Community level factors and child maltreatment rates. *Child Development*, 66, 1262-1267.
  - Descamps, M. A. (1975). En: Volcher, R. (comp.). *Enciclopedia de la sexualidad*. Zoofilia y Necrofilia. (pp. 579-586). Madrid: Fundamentos.
  - DiTomasso, M. J., y Routh, D. K. (1993). Recall of abuse in childhood and three measures of dissociation. *Child Abuse and Neglect*, 17, 477-485.
  - Dubowitz, H.; Black, M.; Harrington, D., y Verschoore, A. (1993). A follow-up study of behavior problems associated with child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 17, 743-754.
  - Egeland, B. (1993). A history of abuse is a major risk factor for abusing the next generation. En R. J. Gelles y D. L. Loseke (comps.), *Current controversies on family violence*. (pp. 197-208). Newbury Park (Ca): Sage.
  - Ellis, A. (1933). *La Psicología del sexo*. (p.126). Londres: William Heineman.
  - Etchegoyen, R. H. y Arensburg, B. (1977). *Estudios de Clínica Psicoanalítica sobre la Sexualidad*. Perversiones y Trastornos Neuróticos de la Personalidad. (pp. 9-57). Buenos Aires: Nueva Visión.
  - Fenichel, O.; Deustch, H. et al. (1967). *Psicoanálisis y Desviaciones sexuales*. La Psicología del Travestismo. (pp.132-158). Buenos Aires: Horme.
  - Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. Nueva York: The Free Press.
  - Finkelhor, D., y Browne, A. (1986). Initial and long-term effects: A conceptual framework. En D. Finkelhor, *A sourcebook on child sexual abuse*, pp. 180-198. Beverly Hills (Ca): Sage Publications.
  - Fleming J.; Mullen P. E.; Sibthorpe B., y Bammer G. (1999). The long term impact of childhood abuse in Australian women. *Child Abuse and Neglect*, 23. 145-159.
  - Flores Colombino, A. (1985). *Problemas especiales. Parafilias y Variantes sexuales, Delitos sexuales*. Montevideo: UCUDAL.
  - Flores Colombino, A. (1999). *Revista Argentina de Sexualidad Humana*. Hacia el nuevo milenio, entrelazando sexualidades. Año XIII – Numero 1. Editada por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana.
  - Follette, V. M.; Alexander, P. C., y Follette, W. C. (1991). Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1, 150-155.
  - Freud, S. (1997). *Obras completas psicológicas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Losada.
  - Fridman, C. T. (2001). *Las ideologías y las sexualidades*. Curso de formación de Orientadores sexuales a distancia. Módulo II, sección 2. (pp. 47-54). Buenos Aires: Cetus.
  - Friedrich, W. N. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse and Neglect*, 17, 59-66.
  - Friedrich, W. N.; Urquiza, A. J., y Beilke, R. L. (1986). Behavior problems in sexually abused young children. *Journal of Pediatric Psychology*. 11. 47-57.
  - Fry, D. P. (1993). The intergenerational transmission of disciplinary practices and approaches to conflict. *Human Organization*, 52, 176-185.
  - Gagnon, J. y Simon, W. (1967). *Sexuel Déviance*. New York: Harper & Rox.
  - Gallardo, J.V. (1984). Normalidad y anormalidad en sexualidad. *Revista Chilena de Sexualidad*. Psicosexualidad 1 (1). 9-21. Santiago de Chile.
  - Giovannoni, J. (1989). Definitional issues in child maltreatment. En D. Cicchetti y V. Carlson (comps.), *Chile maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. (pp. 3-37). Cambridge: Cambridge University Press.
  - Gold S. N.; Elhai J. D.; Lucenko B. A., y Sgle J. M. (1998). Abuse characteristics among childhood sexual abuse survivors in therapy: A gender comparison. *Child Abuse and Neglect*, 22, 1005-1012.
  - Goodman, G. S.; Taub, E. P.; Jones, D. P. H.; England, P.; Port, L. K.; Rudy, L., y Prado, L. (1993). Emotional effects of criminal court testimony on child sexual assault victims. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. Chicago: University of Chicago.
  - Gross, S y Apfelbaum, L. B. (22 al 26 de septiembre de 1996). *Mejor no saber. Familia y Abuso sexual*. IX Congreso Mundial de Violencia Familiar. (pp. 928-943). Panamá.
  - Groth, N. A. (1982). En S. M. Sgroi (comp.), *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. (pp. 215-239). Lexington: Lexington Books.
  - Haeberle R. (2000). *Historia de la sexología y movimientos sexológicos*. Instituto Robert Koch. Suiza: Rue du Rhone

66. En la historia de la sexología. Curso de formación a orientadores sexuales a distancia. Módulo 1. Anexo 2. Fridman C. T. y Gindin L. R. (CETIS).
- Hall, G. C. N. (1990). Prediction of sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 10. (pp.229-245).
  - Hartman, C. R., y Burgess, A. W. (1993). Information processing of trauma. *Child Abuse and Neglect*, 17, 47-58.
  - Herman, J.; Russell, D., y Trocki, K. (1986). Long-term effects of incestuous abuse in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1293-1296.
  - Hillson, J. M. C., y Kuiper, N. A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 14, 261-285.
  - Hoier, T. S.; Shawchuck, C. R.; Pallotta, G. M.; Freeman, T.; Inderbitzen-Pisaruk, H.; MacMillan, V. M.; Malinosky-Rummell, R., y Greene, A. L. (1992). The impact of sexual abuse: A cognitive-behavioral model. En W. Oonohue y J. H. Geer (comps.), *The sexual abuse of children: Clinical issues*, 2, 100-142. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum.
  - Howells, K. (1981). Adult sexual interest in children: Consideration relevant to theories of etiology. En M. Cook y K. Howells (comps.), *Adult sexual interest in children*. Nueva York: Academia Press.
  - Hunt, M. (1977). *Conducta Sexual en la década del 70*. Conducta Sexual Anómala (p. 344). Buenos Aires: Sudamericana.
  - Johnson D. M.; Pike J. L., y Chard K. M. (2001). Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse and Neglect*, 25, 179-198.
  - Johnson, R. L., y Shrier, D. K. (1985). Sexual victimization of boys. *Journal of adolescent Health Care*, 6, 372-376.
  - Karpman, B. (1975). *El Psicópata Sexual*. Buenos Aires: Paidós.
  - Kelly, R. J. y Lusk, R. (1992). Theories of pedophilia. En W. O'Donohue y J. H. Geer (comps.), *The sexual abuse of children: Theory and research*. 1. (pp. 168-203). Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
  - Kempe, C. H.; Silverman, F. N.; Steele, B. B.; Droegemueller, W. y Silver, H. K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*. 181 (pp. 17-24).
  - Kendall-Tackett, K. A.; Williams, L. M., y Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113 (1), 164-180.
  - Kiser, L.; Pugh, R.; McColgan, E.; Pruitt, D., y Edwards, N. (1991). Treatment strategies for victims of extra familial sexual abuse. *Journal of Family Psychotherapy*, 2, 27-39.
  - Knight, R. A.; Rosenberg, R., y Schneider, V. B. (1985). Classification of sexual offenders: Perspectives, methods and validation. En *Rape and sexual assault*. (pp. 222-293). Nueva York: Garland Publishing.
  - Kolosimo, P. (1974). *Psicología del Erotismo*. Barcelona: Plaza y Janes.
  - Koverola, C.; Pound, J.; Heger, A., y Lytle, C. (1993). Relationships of child sexual abuse to depression. *Child Abuse and Neglect*, 17, 393-400.
  - Krafft-Ebing, R. (1904). *Libro de texto sobre la insania*. Filadelfia: Editorial Davis. Edición traducida por C. Gilbert.
  - Krafft-Ebing, R. (1906). *Psicopatía Sexual*. Edición traducida por F. J. Rebman.
  - Laplanche J. y Pontalis J. B. (1980) *The language of psychoanalysis*. (p.307). Londres: Hogarth Press institute of Psychoanalysis.
  - Lemperiere, T.; Feline, A. (1979). *Manual de Psiquiatría*. Las desviaciones y perversiones sexuales. (pp. 168-181). Barcelona: Toray-Masson.
  - Lewandowski, H. (2000) *Archivos de Sexología*. Instituto Robert Koch. En la historia de la sexología. Curso de formación a orientadores sexuales a distancia. Módulo 1. Anexo 2. Fridman C. T. y Gindin L. R. (CETIS).
  - Lipovsky, J. A., y Kilpatrick, D. G. (1992). The child sexual abuse victim as an adult. En W. O'Donohue y J. H. Geer (comps.), *The sexual abuse of children: Clinical issues*, 2, pp. 430-476. Hillsdale (NJ): Law reference Erlbaum Associates.
  - Marmor, J. (1967). *Biología y Sociología de la Homosexualidad*. Buenos Aires: Horme.
  - Mc Cary, J. et al. (1996). *Sexualidad Humana de Mc Cary*. Cáp. 17 (pp. 271-293). México: Manual Moderno.
  - McClellan, J.; Adams, J.; Douglas, D.; McCurry, C., y Storck, M. (1995). Clinical characteristics related to severity of sexual abuse: A study of seriously mentally ill youth. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1245-1254.
  - McGee, R., y Wolfe, D. A. (1991). Psychological maltreatment toward an operational definition. *Development and Psychopathology*, 3, 3-18.
  - Merry, S. N., y Andrews, L. K. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 939-944.
  - Messman, T. L., y Long, P. J. (1996). Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 397-420.
  - Meyerson L. A.; Long P. J.; Miranda R. Jr., y Marx B. P. (2002). The incidence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 26, 387-405.
  - Mian, M.; Wehrspann, W.; Klajner-Diamond, H.; LeBaron, D., y Winder, C. (1986). Review of 125 children 6 years of age and under who were sexually abused. *Child Abuse and Neglect*, 10, 223-229.
  - Miller, B. C.; Monson, B. H., y Norton, M. C. (1995). The effects of forced sexual intercourse on white female adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1289-1301.
  - Milner, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. *Clinical Psychology Review*, 14, 547-583.
  - Milner, J. S. (1995). La aplicación de la teoría del procesamiento de la información social al problema del maltrato físico a niños. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 125-134.



- Milner, J. S.; Halsey, L. B., y Fultz, J. (1995). Empathic responsiveness and affective reactivity to infant stimuli in high-and-low-risk for physical child abuse mothers. *Child Abuse and Neglect*, 6, 767-780.
- Money, J. (1986). *Lovemaps*. New York. Irvington Publisher, Inc.
- Money, J. (1988). *Mapas del Amor dentro de las Parafilias, Víctimas de Patologías y Víctimas de estas Víctimas*. IV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. T 2. (pp. 13-29). Buenos Aires: AAPF.
- Money, J. y Ehrhardt, A. (1982). *Desarrollo de la Sexualidad Humana. Diferenciación y Dismorfismo de la Identidad de Género*. Madrid: Morata.
- Murray D. S. (1983). *Smut: Erotic Reality/Obscene Ideology*. (p. 87). Chicago y Londres: University of Chicago Press.
- Narang D. S., y Contreras J. M. (2000). Dissociation as a mediator between child abuse history and adult abuse potential. *Child Abuse and Neglect*, 24, 665.
- Nash, M. R.; Zivney, O. A., y Hulse, T. (1993). Characteristics of sexual abuse associated with greater psychological impairment among children. *Child Abuse and Neglect*, 17, 401-408.
- Neira, O. G. (1983). *Explorando las sexualidades humanas*. Cáp. 9: conductas excepcionales (pp. 197-200). México: Editorial Trillas.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala. Asociación Mundial de Sexología (WAS).
- Palem, R. M. (1975). Volcher, R. (comp.). *Enciclopedia de la sexualidad*. Erotizaciones de las Funciones Urinarias y Digestivas. (pp. 631-638). Madrid: Fundamentos.
- Paris, C. (1995). *Enciclopedia didáctica de la Sexualidad*. Barcelona: Planeta.
- Pianta, R.; Egeland, B., y Erickson, M. F. (1989). The antecedents of maltreatment: Results of the mother-child interaction research project. En D. Cicchetti y V. Carlson (comps.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. (pp. 203-253). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pommeroy, W. B. (1995). Perversiones y normalidad: Variantes de la sexualidad. En Gindin L. R. *La nueva sexualidad del varón*. Buenos Aires: Paidós.
- Quijada, O. A. (1983). *Diccionario integrado de sexología*. Madrid: Alambra.
- Rainey, D.; Stevens-Simon, C., y Kaplan, D. W. (1995). Are adolescents who report prior sexual abuse at higher risk for pregnancy?. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1283-1288.
- Rao, K.; DiClemente, R., y Ponton, L. (1992). Child sexual abuse of Asians compared with other population. *Journal of the American Academy of Psychiatry*, 31, 880-886.
- Rodrigues, O. (1996). *Coprolilia: Sexo com fezes*. Memorias VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. (pp. 369-376). La Habana: Técnico Científica.
- Rubio Aurioles, E. (1994). *Antología de la Sexualidad Humana*. Vol. I. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo editor.
- Runtz, M. G., y Briere, J. (1986). Adolescent "acting-out" and childhood history of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 326-334.
- Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. Nueva York: Basic Books.
- Sacco M. L., y Farber B. A. (1999). Reality testing in adult women who report childhood sexual and physical abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1193-1203.
- Sanders-Phillips, K.; Moisan, P. A.; Wadlington, S.; Morgan, S., y English, K. (1995). Ethnic differences in psychological functioning among black and latino sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 19, 691-706.
- Sansonnet-Hayden, J.; Haley, G.; Marriage, K., y Fine, S. (1987). Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 753-757.
- Sauri, J. (1983). *Las Perversiones*. Buenos Aires: Carlos Lohle.
- Sauzier, M. (1989). Disclosure of child sexual abuse: For better or for worse?. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 455-469.
- Simons, R. L., Whitbeck, L. B.; Conger, R. D., y Chyi-In, W. (1991). Intergenerational transmission of harsh parenting. *Developmental Psychology*, 27, 159-171.
- Sirles, E. A.; Smith, J. A., y Kusama, H. (1989). Psychiatric status of intrafamilial child sexual abuse victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 225-229.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, 340-362.
- Starr, R. H. (1988). Physical abuse of children. En V. B. Van Hasselt; R. L. Morrison; A. S. Bellack, y M. Hersen (comps.), *Handbook of family violence*. (pp.119-155). Plenum Press: Nueva York.
- Stein, J. A.; Golding, J. M.; Siegel, J. M.; Burman, M. A., y Sorenson, S. B. (1988). Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Study. En G. E. Wyatt y G. J. Powell (comps.), *Lasting effects of child sexual abuse*. Pp. 135-154. Newbury Park (Ca): Sage.
- Tiefer, C. (1980). *Sexualidad Humana. Sentimientos y Funciones*. Las desviaciones sexuales. México: Tierra Firme.
- Tong, L.; Oates, K., y McDowell, M. (1987). Personality development following sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 11, 371-383.
- Trickett, P. K., y McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15, 311-337.
- Tufts' New England Medical Center, Division of Child Psychiatry. (1984). *Sexually exploited children: Service and Research Project*. Final report for the Office of Juvenile Justice and delinquency Prevention. Washington, D.C.: US

Department of Justice.

- Ullerstam, L. (1967). *Las minorías eróticas*. México: Grijalbo.
- Vasta, R. (1982). Physical child abuse: A dual-component analysis. *Developmental Review*, 2, 125-149.
- Waterman, J. (1993). Mediators of effects on children: What enhances optimal functioning and promotes healing?. En J. Waterman, R. J. Kelly, J. McCord y M. K. Oliveri (comps.), *Behind the playground walls: Sexual abuse in preschools*. Nueva York: Guilford Press.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. Pág. 4: *El Desafío de la Diversidad* (pp. 71). México: Editorial Paidós.
- Whipple, E. E., y Webster-Stratton, C. (1991). The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse and Neglect*, 15, 279-291.
- Wind, T. W., y Silvern, L. S. (1994). Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 439-453.
- Wolfe, D. A. (1987). *Child abuse: Implications for child development and psychopathology*. Londres: Sage Publications.
- Wolfe, D. A.; Sas, L., y Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 37-50.
- Wolfe, V. V., y Gentile, C. (1992). Psychological assessment of sexually abused children. En W. O'Donohue y J.H. Geer (comps.), *The sexual abuse of children: Clinical issues*, 2, pp.143-187. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Wolfe, V. V.; Gentile, C., y Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.
- Yampey, N. (1981). *Psicoanálisis, fundamento y técnica*. Reflexiones psicoanalíticas sobre las perversiones (pp.295-302). Buenos Aires: Kargieman.
- Zuravin, S. (1991). Research definitions of child physical abuse and neglect: Current problems. En R. H. Starr y D. A. Wolfe (comps.), *The effects of child abuse and neglect*. (pp. 100-128). Nueva York: The Guilford Press.

#### Fuente consultada en Internet

- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): <http://www.unicef.org/spanish/crc/crc.htm>
- Haeberle, E. J. Historia de sexología: <http://www.sexology.cjb.net>