

## Capítulo 4

# ABUSO SEXUAL INFANTIL: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Leslie Bravo

### Resumen

---

Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar —ICBF— (2018), en Colombia el abuso sexual infantil (ASI) es un fenómeno que se ha incrementado dejando consecuencias físicas y psicológicas a corto, mediano y largo plazo en la víctima, que puede ser abusada por otro miembro de la familia o por parte de un desconocido. En este contexto se inserta este estudio, realizado en el Centro de Familia de La Corporación Universitaria del Caribe - CECAR, con un adolescente abusado sexualmente, que en la actualidad es mayor de edad, y para lo cual se contó con su consentimiento informado. La recolección de la información se obtuvo a través de consultas terapéuticas psicológicas de corte psicodinámico, utilizando una metodología cualitativa de corte longitudinal. Dentro de los resultados se encontraron algunas características de tipo emocional, afectivo y conductual que fueron analizadas para una posterior intervención en las que se trabajó, la culpa, el secreto e incesto psicológico. Aunque el caso se atendió a tiempo, en el transcurrir del proceso se observaron consecuencias psicológicas y conductuales a largo plazo; por tanto, se puede decir que el abuso sexual infantil es una conducta ejercida contra la víctima dejando secuelas que pudieran ser irreparables, de acuerdo a como sucedieron los hechos y la relación con el abusador.

**Palabras clave:** abuso sexual infantil, víctima, daño psicológico

## Abstract

---

According to the Colombian Institute for Family Welfare -ICBF- (2018), in Colombia, child sexual abuse (ASI) is a phenomenon that has increased, leaving physical and psychological consequences in the short, medium and long term in the victim, which could be abused by another member of the family or by a stranger. In this context, this study, carried out in the Family Center of the University Corporation of the Caribbean - CECAR, with a sexually abused adolescent, who is currently of legal age who informed his consent for this research. The collection of information was obtained through psychological therapeutic consultations of a psychodynamic nature, using a qualitative longitudinal type of methodology. Within the results, were found some emotional, affective and behavioral characteristics that were analyzed for a later intervention in which was worked: guilt, secrecy, and psychological incest. Although the case was attended to in a proper timing, in the course of the therapy some long-term psychological and behavioral consequences were observed; therefore, it can be said that child sexual abuse is a behavior exercised against the victim, leaving them irreparably dry, according to how the events occurred and the relationship with the abuser.

**Keywords:** child sexual abuse, victim, psychological damage

## Introducción

El abuso sexual infantil (ASI) está asociado a deterioros negativos, de los que pueden ser víctimas niñas, niños y adolescentes, ocasionando alteraciones emocionales, conductuales, psicológicas y morales. Cabe resaltar que el abuso sexual genera daños psicológicos que repercuten en la salud mental de esta población, que en algunos casos tiene secuelas en la generación de traumas psicológicos en la vida adulta (Secretaría Distrital de Integración Social, 2016).

En ese orden de ideas, el ICBF sostiene que durante los primeros ocho meses del 2018 abrió 9.102 procesos administrativos para restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual, y durante ese tiempo diariamente han atendido 38 casos de ASI, dichas cifras son alarmantes pues aumentaron en comparación con las del año 2017. Según ICBF (2018), Bogotá es la región con mayor número de procesos sobre abuso sexual a menores (2.245) y en la costa caribe el departamento con mayor número de casos es Atlántico (569), seguido de Magdalena (389), Bolívar (314), Cesar (312), Córdoba (304), Sucre (185) y la Guajira (143).

Las cifras anotadas en el párrafo anterior dan cuenta de la magnitud de esta problemática que atenta contra el bienestar y la salud mental de niños, niñas y adolescentes de Colombia y de todos los contextos universales, mostrándose cada día más las evidencias de las afectaciones físicas y psicológicas causadas por esta problemática, que se convierte en un sufrimiento para esta población vulnerable e indefensa (Losada, 2009).

Así mismo, las investigaciones realizadas en este tema evidencian los estragos que deja el ASI, en España, por ejemplo, Cortés, Cantón y Cantón (2011) determinaron la prevalencia, la naturaleza y las consecuencias de los abusos sexuales sufridos durante la infancia o la adolescencia; participaron 2.159 Universitarios de Granada. Los resultados de la investigación muestran que 12,5% (29 hombres y 240 mujeres) de la muestra de educandos manifestó haber sido víctimas de ASI antes de llegar a la mayoría de edad. Los abusados de género masculino están en el 8,4% y las del sexo femenino en el 13,2%.

La edad de los abusos en niñas inicio a los 7.7 años hasta los 10.13 años y los niños desde los 9 años hasta los 10 años y medio. El 62,8% de los abusos fueron con contacto físico. Los abusadores generalmente eran hombres y de ellos 44% menores de edad, el abuso se daba en el núcleo familiar de la víctima o en su hogar. El 50% se sirvió del engaño o del juego. El 75% de los ASI en mujeres se realizaron en el contexto intrafamiliar (ante el 65,5% de los de hombres), mientras que los abusos en lugares públicos tendían a ser mayor en los niños que en las niñas (34,5% frente a 25%). En medio de visitas se perpetraron 32,5% de los abusos contra las niñas (en contraste con 17,2% de los niños).

En Chile, Pinto y Silva (2013) investigaron la presencia de síntomas depresivos en víctimas de abuso sexual y compararon con grupos no víctimas de abuso. Para esto utilizaron como instrumento el Cuestionario de Abusos Sexuales construido por López-Sánchez, y el Inventario de Depresión de Beck BDI-II. Los resultados encontrados indicaron que existe prevalencia de abuso sexual infantil 17.9% antes de los 17 años, de los cuales el 6.1% son hombres y el 22.3% son mujeres. Además, los abusos se originaron en el núcleo familiar con un porcentaje del 42,1%, donde 63,1% indica que el abusador fue un miembro de la familia y 36,2% señaló a un sujeto fuera del contexto familiar. Con relación a la edad, en mujeres la edad predominante ante el abuso fue de los 0 a los 7 años con el 36,8% y en los hombres de los 10 a 13 años, con el 10,5%. Pero La mayor proporción de niños y niñas que sufren abuso sexual se ubica en el rango entre 7 y 13 años.

En Colombia, Meza y Nieves (2016) realizaron una investigación sobre los factores psicosociales relacionados al abuso sexual infantil; no obstante, esta es una revisión teórica que se hizo con 50 artículos, cuya necesidad surgió del aumento (15%) de los casos de abuso sexual que fueron recibido por el ICBF para la restitución de derechos. Con esta investigación se evidenció que en Colombia no existen suficientes investigaciones que aporten un modelo teórico y práctico que evalúe el fenómeno del abuso sexual.

En ese mismo sentido, en la costa caribe colombiana, Bravo y Martínez (2016) realizaron un trabajo sobre los estratos socio económicos asociados a la vulnerabilidad del abuso sexual en niños y niñas de Sucre, teniendo como objetivo observar qué estratos económicos estaban más asociados al riesgo del ASI. El instrumento utilizado para ello fue el software NOABS,

el cual determina el grado de vulnerabilidad y riesgo del ASI. La muestra estuvo conformada por 220 niñas y niños entre los 6-13 años pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1-2 y 4-5. Los resultados de la investigación muestran que en los estratos bajos son 15,6% más vulnerables al abuso sexual, a diferencia de los estratos 4 y 5, con 5,6%, esto les permitió concluir que el medio cultural influye en el abuso sexual de los menores.

Es importante resaltar que la Constitución Política de Colombia (1.991) ampara a los menores ante un perfil de apatía, de maltrato físico, de engaño o comercio de abuso sexual, de utilización beneficiosa y de las labores riesgosas. Añade su respaldo de los derechos ofrecidos en la constitución, en las leyes y en los tratados internacionales confirmados (Art. 44). El Código de la Niñez y la Adolescencia, sancionado por la Ley 1098 (2006), el Código Penal, con las transformaciones implantada por la Ley 679, en el año 2006 se respalda el Código de Conducta para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil (ESCI), la Procuraduría General, el ICBF, la Policía, la Fiscalía, con fines de mitigar y eliminar los abusos sexuales que incorporen la participación de menores.

De igual modo, se elaboró un Plan de Acción Nacional para la Prevención en Colombia (período 2006-2011). Sus objetivos: el estudio del contexto; el impulso y la diligencia de normas; el cuidado; y la intervención libre de niños, niñas y adolescentes. En el 2007 se formó el Comité Nacional para la Prevención y Erradicación de la Explotación Sexual de menores, según imprimía la Ley 679. Colombia, tiene el oficio de consignar juicios ante algún tipo de violencia sexual desde el Comité Interinstitucional Consultivo para la Protección y Atención Integral a Menores Víctimas del Abuso Sexual, enunciado en el 2007 de la Ley 1146.

Consecuente con lo anterior, el objetivo de este estudio es analizar los aspectos más relevantes de un proceso terapéutico longitudinal, en un caso de abuso sexual, desde la adolescencia hasta la adultez; atendido en el Centro de Familia de la Corporación Universitaria del Caribe.

## Marco teórico

En este apartado se desarrollan algunos aspectos teóricos que permiten comprender la temática abordada y los factores implicados en el abuso sexual infantil, problemática que debe ser profundizada por su impacto psicológico, familiar y social.

### Abuso sexual infantil (ASI) y estrés postraumático

El ASI es la gratificación sexual de un adulto o una persona mayor, obtenida mediante una preferencia hacia niños, niñas o adolescentes, sometidos por el engaño, el soborno, la fuerza o el poder, según lo exponen los autores Bravo y Martínez (2016). En sus indagaciones Arias (2006) concluye que el maltrato sexual a menores se da con contacto físico —ocurren caricias, tocamientos, besos y hasta una penetración—; o sin contacto físico con el abusador —podrían suceder eventos como los siguientes: llamadas obscenas; espiar a la víctima mientras se viste, fotografiarla desnuda o gravarla en vídeo, para así satisfacer el deseo sexual del victimario—.

Está documentado en muchos casos que el abusador es una persona, al cual el niño o adolescente conoce o ama y a quien obedece por su estrecha cercanía física y emocional, aprovechándose de su poderío para perpetrar el abuso. Este, antes de irrumpir el cuerpo de la víctima ya ha dominado su psiquismo, conquistando la confianza del menor, haciéndole creer que es culpable y cómplice de lo que ha pasado; es decir, que él permitió lo sucedido, generando sentimientos de culpa. Así el victimario garantiza el silencio de la víctima durante años, se instaura el secreto de la ocurrencia del ASI, aunque haya terminado, ocultándolo con culpa y vergüenza y ocasionando trastornos tanto sexuales como afectivos en el hombre o mujer abusados en su infancia (Fondo de las Naciones Unidas para la infancia —UNICEF—, 2016).

Freud (1995), en sus estudios sobre histeria, expone el caso de dos pacientes víctimas de abuso sexual en los primeros años de la pubertad —infringidos por un miembro de la familia— y como consecuencia a largo plazo se observan conflictos emocionales en estas mujeres maltratadas sexualmente en su infancia. El abuso sexual infantil puede ocurrir a nivel intrafamiliar por parte de alguien del mismo núcleo o entorno, o también

extra familiar, perpetrado por cualquier desconocido o cercano a la familia (Bravo y Meléndez, 2016).

Otros autores, como Topper (1988), señalan que entre las consecuencias más frecuentes que se originan por agresiones sexuales a los niños, niñas o adolescentes, son los signos y síntomas físicos, así como indicadores emocionales y comportamentales: cambios emocionales repentinos que afectan la comunicación, el apetito, el sueño, el estado de ánimo, marcando el inicio de un posible abuso. Pueden presentar tristeza, aislamiento recurrente, apatía, conductas agresivas, actitud de sometimiento, rechazos a ir al baño, ya sea por ardor o dolor en sus genitales o porque es el sitio del abuso, trastornos del sueño caracterizados por pesadillas, interrupciones súbitas o incapacidad de dormir solos, resistencia a dejarse aseo, hiperactividad, conductas regresivas, desconfianza, pérdida del control de esfínteres, actividad sexual inapropiada, franco rechazo hacia hombres o una persona en particular.

Por otro lado, es importante aclarar que el niño, niña o adolescente es vulnerable por su condición inofensiva, que el abusador aprovecha para imponerse mediante la fuerza, utilizando el engaño o soborno, chantajeándolo emocionalmente o sometiéndolo a su autoridad le exige guardar el secreto.

En este orden de ideas, Summit (1983) describe las causas por las cuales las víctimas no denuncian el hecho, según lo que se ha denominado síndrome de acomodación, compuesto por una serie de patrones conductuales donde se resaltan: los hechos manipulativos, el uso del poder para lograr que el niño mantenga la situación abusiva en secreto, presencia de creencias establecidas, donde el adulto siempre tiene la razón y esta debe obedecer; negación como mecanismos de defensa, encubrimiento del hecho por la familia y negación del hecho por parte del menor. Otras situaciones se desarrollan por el recibimiento de beneficios (regalos, dinero, entre otros); por temor de la víctima a no ser creído(a), rechazo por parte de la sociedad, temor de la madre a su pareja, entre otras (Save the Children, 2001; Grupo Opciones, 2007).

Posterior al abuso sexual, el adolescente experimenta una serie de síntomas característicos del estrés postraumático, que según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, APA, 2014)

es un trastorno por ansiedad que se desarrolla en respuesta a un trauma psicológico o físico extremo.

Los síntomas asociados a estos sucesos pueden variar de una persona a otra, dependiendo del grado del trauma y de cómo el individuo percibe el acontecimiento; sin embargo, hay tres aspectos que persisten en este tipo de experiencia:

1. El abusado generalmente recuerda la experiencia traumática a través de imágenes y recuerdos que se presentan de forma constante e involuntaria, además de las pesadillas, alteraciones psicológicas graves e hiperactividad fisiológica ante aquellos estímulos que son externos e internos al hecho.
2. El abusado cuando esta ante situaciones asociadas a la experiencia traumática escapa de ellas o las evita.
3. El abusado emite comportamientos alarmantes de forma exagerada, lo cual hace que tenga problemas de concentración, irritabilidad y dificultades para conciliar el sueño.

Para finalizar es importante estar atentos a cambios emocionales y/o conductuales que pudieran indicar estrés postraumático en el niño, la niña o el adolescente, esto permitirá tomar las medidas necesarias desde diversos puntos de vista: legal, psico-social, familiar y brindar la asistencia debida a la víctima.

### **Perspectiva psicoanalítica del trauma**

Desde la perspectiva psicoanalítica el trauma es accionado por un estímulo agudo insoportable proveniente del interior o exterior del sujeto que lo percibe, causa rupturas y desequilibrio en el aparato psíquico, penetrando su defensa por la dificultad de evaluar el suceso; así salen a relucir mecanismos de defensa relacionados con sus recuerdos para pretender cerrar la lesión y consecuentemente aliviar su angustia.

El trauma en la adolescencia choca con su proceso evolutivo, sabiendo que es una etapa de reactivación de ciertas causas que se habían desarrollado en la infancia, por esto los estudios psicoanalíticos de los adolescentes tienen que ver con el complejo de Edipo (Hernández, 2014). Por tanto es importante tomar en cuenta el desarrollo del niño en el aspecto



de continuidad y evolución para comprender al adolescente, sin obviar la historia de tiempos turbulentos que implican interrupciones, retrocesos y regresiones.

Existen características propias del desarrollo evolutivo del niño y adolescente que lo hacen aún más vulnerable al abuso sexual, por ejemplo, la inmadurez cognitiva, emocional y física que pueden ser asociadas a limitaciones en los procesos sanos de socialización, incapacidad de diferenciar las interacciones afectivas de las abusivas y la imposibilidad de reconocer los acercamientos inadecuados. El estilo de crianza aportado por su familia en ocasiones es autoritario, lo cual los convierte en personas sumisas y temerosas ante los mayores (Intebi, 2013).

### **Desarrollo evolutivo del adolescente**

En el momento de la adolescencia, si se es víctima de conflictos e incertidumbres, el sujeto tratará de salir de esta situación regresando a una de las etapas anteriores, donde existan puntos de fijación. La adolescencia es un periodo difícil de comprender, porque desconciertan las contradicciones y la ambivalencia que dominan su vida: gusto por la soledad y búsqueda del grupo; desprecio por el adulto y referencia a él; angustia, desaliento y mirada entusiasta hacia el futuro.

Entre 14 y 16 años se sitúa el apego de la crisis, periodo marcado por el conflicto entre la homosexualidad o heterosexualidad y un refuerzo de las defensas. Después llega una última fase de reorganización estructural y de consolidación del yo, con flexibilidad de defensa y adaptación. Todas estas crisis traen a memoria otra crisis, de la cual su salida dependía la evolución de la personalidad: es la del periodo edípico, caracterizada por una nueva organización estructural de la personalidad.

Desde luego, el niño al final del periodo de latencia no es el mismo, la personalidad que está sometida a nuevos problemas es diferente a la que existía en la etapa fálica o complejo de Edipo, está más organizada, estructurada, el yo tiene otros medios para dominar sus conflictos, y por supuesto, ya no se puede contar con estar apoyado así como sostenido por sus yo auxiliares, que son sus padres. Se ha creado cierta independencia; esta se hace más fuerte, enriquecida por nuevas adquisiciones orientadas a la realidad, vive en armonía consigo mismo. Por otra parte, el paso de la

fase de latencia es la condición para entrar a la adolescencia, en la que este equilibrio de fuerza se irrumpe por la actividad pulsional que invade a la pubertad (Bloss, 1986).

La adolescencia sería entonces una adaptación psicológica, la reacción del individuo ante esta ruptura del equilibrio. Aunque para algunos autores únicamente se acrecentarían las pulsiones libidinales, Freud (1965) piensa que las pulsiones agresivas son así mismo reforzadas. De esta modificación de fuerza resultan consecuencias en las cuales el yo se siente amenazado por el peligro ante esa nueva fuerza y no sabe cómo defenderse de ella, como dominarla e integrarla.

En la adolescencia se observa un periodo de inquietud, de nostalgia correlativo a cierto distanciamiento de los padres, un interés aumentado hacia el propio yo y compromisos a nuevas relaciones amistosas, amorosas al igual que sociales. Para explicar estos fenómenos Freud (1965) propone una ~~nueva~~ teoría que permite ver el vínculo entre el comportamiento y los mecanismos puestos en evidencias por las concepciones psicoanalíticas.

Freud (1965) nota una semejanza entre análisis de adolescentes y los análisis de personas que han sufrido un desengaño amoroso o están de duelo. Explica que la libido esta investida totalmente en un objeto; con el impulso sexual se vuelve a investir de fantasmas arcaicos, la importancia e influencia de estos fantasmas arcaicos radica en la anorexia mental, frecuente en los adolescentes, pues enmarca la conducta dentro de un cuadro de rechazo y deseo, donde el sujeto puede terminar siendo un rehén de su propio cuerpo.

De igual modo, Marcelli, Braconnier, De Ajuriaguerra (1986), sustentados en los testimonios de Anna Freud, afirmaron que entre los sujetos que experimentan una pérdida a cualquier edad y los adolescentes existen similitudes. A partir de este trabajo se define que tanto en la adolescencia como en el duelo existe la pérdida de un objeto (objetos infantiles). Estos autores analizan el hecho en dos niveles:

- Pérdida del objeto primitivo, se compara con la adolescencia y con la primera infancia, donde existe una separación del objeto maternal.
- Pérdida del objeto edípico, donde el adolescente entra en ambivalencia por el deseo de lograr su independencia, mediante

la liberación de sus padres y deja la situación edípica, la imagen idealizada de los padres durante la infancia y el sentimiento de autosuficiencia entran en conflicto, porque se encuentran nuevos ideales y se hace una lectura de la realidad más adecuada.

El miedo a la pérdida de los objetos origina angustia y sentimiento de culpabilidad, que pueden llevar al adolescente a evitar estos síntomas, apartando la libido de ellos, lo cual lo traslada a sentimientos de nostalgia, a sentirse desamparado, no tener ningún fin y buscar algo que no sabe qué es. Esta búsqueda Böhler (1927) la atribuía a la necesidad de ser completado, emplea la libido en nuevos objetos, aplicados a sustitutos de los padres como: profesores sacerdotes e incluso amigos de los padres, grupos o bandas de adolescentes.

El adolescente selecciona su figura de apego de acuerdo a la identificación con sus padres, colocando elementos provenientes de estas figuras pasadas, en los nuevos objetos transitorios que escoge. Así, según Bowlb (citado por Marrone 2001):

La experiencia indica que los efectos psicológicos son más severos si el trauma es generado por el ser humano, perpetrado por una figura de apego, con crueldad, repetido y en la infancia... Por otra parte, sabemos que la intensidad de los efectos depende de la vulnerabilidad de la víctima... En la infancia, los efectos psicológicos del trauma serán tanto más graves cuanto más insegura haya sido la relación del niño con sus figuras de apego con anterioridad al trauma, también si el niño no tiene a nadie a quien comunicar sus sentimientos e impresiones o si ha recibido comunicaciones que desconformen sus percepciones e invaliden sus sentimientos subjetivos. (p. 294)

## **Metodología**

En esta investigación se asumió una perspectiva metodológica de orden cualitativo y longitudinal, porque se orientó a la comprensión de situaciones únicas y particulares, en la búsqueda del significado y del sentido que los sujetos conceden a los hechos, así también el cómo viven y experimentan ciertos fenómenos o experiencias (Rodríguez y Valldeoriola,

2012). De corte longitudinal dado que se intervino en un tiempo largo (Myers, 2006) a un adolescente víctima de abuso sexual, que en la actualidad es mayor de edad; para los efectos del presente estudio se contó con su consentimiento informado.

Se siguió esta metodología con las implicaciones de su diseño por la adecuación a los propósitos del estudio, por una parte intervenir, apoyar y acompañar a un adolescente a superar un hecho traumático, como el abuso sexual y dar a conocer su evolución y por otra, recalcar la importancia de afrontar esta problemática y denunciarla.

Las técnicas empleadas en la recolección de la información durante las sesiones terapéuticas, estuvieron fundamentadas en el enfoque psicodinámico, el cual sienta sus bases teóricas en el psicoanálisis, dichas técnicas se mencionan a continuación: Catarsis, transferencia, asociación libre y aclaraciones, para llegar al análisis y comprensión de los signos y síntomas que rodean la dinámica del conflicto en su estructura yoica y las relaciones objetales, logrando estabilizar sus emociones (Shedler, 2010).

Cada sesión de trabajo implicó un intercambio comunicativo único, no reproducible o repetible, de allí la importancia de los registros anecdóticos (ilación de los eventos transcurridos en el tiempo y narrados durante la intervención, presentados en esta investigación tal y como los narró el paciente identificado) que permitieron darle seguimiento al caso de estudio. La investigación se centró en los procesos que se estaban dando en la realidad de la víctima, y en la intervención para lograr cambios vitales.

## **Resultados**

Seguidamente se presenta la intervención y el análisis terapéutico, siguiendo preceptos teóricos, en este sentido, Intebi (1998), señala que el abuso sexual hace daño porque no toma en cuenta las necesidades ni los deseos del niño o la niña, altera los vínculos de la relación entre este y el abusador, interrumpen el desarrollo evolutivo natural y genera una gran variedad de sentimientos como la confusión, traición, inseguridad, tristeza, la culpa, y el temor. Las ideas precedentes sirven de contexto para presentar el caso de estudio de esta investigación y las correspondientes implicaciones terapéuticas.

Con respecto al paciente, se aclara que M<sup>1</sup> es un adolescente de 14 años víctima de abuso sexual que llega a la oficina voluntariamente a consulta particular solicitando una orientación. El motivo de su consulta es la angustia y el desespero por no poder conciliar el sueño, dadas las amenazas recibidas luego de haber sido abusado sexualmente (hasta el momento de la consulta no le ha comentado a nadie al respecto, no obstante, M dice que llega por recomendación de una amiga que le sugirió que buscara ayuda ya que ninguna persona “entiende” lo que le pasa<sup>2</sup>).

Es importante señalar que el abuso sexual en adolescentes constituye una experiencia traumática que ocasiona heridas en el aparato psíquico que altera y confunden al joven en toda su estructura yoica. Seguidamente, se continúa describiendo de manera breve el proceso terapéutico adelantado en este caso de ASI con contacto.

Paciente<sup>3</sup>: *“me siento desesperado, intranquilo, no he podido dormir, siento que me voy a volver loco ... es que me están llamando por celular a cada rato y yo me siento mal haciendo eso”*.

Observación<sup>4</sup>: No sabe decir lo que le pasa. Hay un silencio prolongado, las manos le tiemblan y su semblante es pálido.

T. ¿“Eso” que? ¿Qué te hicieron?

P: *“No sé cómo decirlo, me hicieron eso. Después le digo.”*.

**OB:** Llora y calla. Se respeta su silencio. M en esta sesión se muestra muy preocupado, se frota las manos, la boca le tiembla y comienza a llorar. Se levanta constantemente de la silla, camina, queda en silencio, tiembla, se frota los brazos. Entendiendo sus síntomas de angustia, se denota que está pasando por un momento difícil, sea cual fuere el motivo necesita decirlo, para bajar un poco la intensidad de los efectos. Este chico no puede salir en este estado de la consulta, sin antes haber recibido de parte del terapeuta un apoyo sostenible, por eso transferencialmente se sostiene para ganar su confianza.

---

1 Nombre que se utiliza para referirse al adolescente atendido

2 Esta posición se entiende por que él no ha confesado hasta el momento el motivo real de la consulta.

3 P= paciente, T= terapeuta

4 En adelante se utilizará OB.

**P:** *“Es difícil decir lo que me pasa, no sé cómo decirlo, es mejor que regrese después ya me siento más tranquilo.”*

**T:** Sea cual fuere el motivo que te hace sentir así, quiero que sepas que estoy dispuesta a escucharte, ayudarte y apoyarte en lo que necesites, no estoy aquí para juzgar o castigar, estoy aquí para sostenerte y juntos podemos ponerle fin al motivo de tu situación.

**OB:** El paciente no expresa el motivo de su angustia y luego de ofrecerle el apoyo y observar que los niveles de angustia se reducen, se le da cita para la segunda sesión.

M cuenta lo sucedido, en voz muy baja y entrecortada como tartamudeante, con largos espacios de tiempo entre una y otra palabra, termina y dice ya no quiero hablar más, después de la catarsis entrega un CD y sin dar tiempo de decir algo sale corriendo del consultorio.

A continuación, se transcriben algunos aspectos del contenido del CD: *“Bueno le voy a contar, hace como año y medio, conocí a R (32 años) él empezó a hablarme de Dios, de la Biblia; empecé a asistir a la iglesia con él, él se convirtió en mi amigo yo le contaba todas mis cosas, él me aconsejaba, me daba buenos consejos, yo pasaba en su casa, él vivía con otro amigo C (30 años). Siempre hablábamos los tres cuando yo los visitaba, pero el más amigo mío es R, él me entendía me sabía comprender, él se convirtió como en un padre para mí, pero un día estábamos los dos solos en la casa y él empezó a acariciarme por el cuello, los brazos y yo le dije: “No R, ¿qué te pasa?”, R dijo: “No te preocupes viejo, déjate que esta es una forma de querer”, y me dijo tantas cosas que me envolvió, cuando me iba a besar en la boca, yo no lo dejé, entonces me tocaba las nalgas y yo no quería, entonces con rabia me bajó el pantalón, yo nunca lo había visto así, era como un tigre y tuve miedo y me dejé. Bueno eso pasó, entonces él después fue al baño y cuando salió me dijo “viejo no sé qué me pasó”, y se arrodilló llorando y me pidió perdón, te juro por Dios que esto no va a volver a pasar, me dijo tantas cosas que me convenció y le creí (esto ocurrió como a los 7 meses de haberlo conocido). Seguimos siendo amigos con la misma confianza, yo no daba un paso sin decírselo a él, él se convirtió en mi sombra, y hace como 15 días, yo estaba visitándolos a R y C. Entonces C salió para el cuarto y R cerró la puerta de la sala y me dijo vente viejo vamos para el cuarto a ver televisión, ven tírate en el piso, entonces yo me tiré, cuando estoy acostado, C se me tira encima*

*y enseguida el otro también y yo forcejaba, para no dejarme hacer nada, entonces esos tipos se pusieron como locos, C buscó una correa y me dio correazos y terminé haciendo todo lo que ellos querían. Después, entonces a pedirme perdón, yo no les creí más y salí de ahí llorando, mis tías y mi mamá me preguntan que me pasa por que estoy así y yo no les digo nada a ellas, porque tengo mucho miedo de la reacción de ellas.*

*Yo no le he contado esto a nadie solo a usted, estoy volviéndome loco, R me pasa llamando, a veces le contesto y a veces no, me dicen que cuidado le voy a contar a alguien de lo que pasó porque ellos tienen ministerios dentro de la iglesia. Y lo que pasó fue un momento de descontrol, que no va a volver a pasar. Estoy desesperado me siento mal estoy confundido, es que yo a R todavía lo estimo, ya no tengo a quien contarle mis cosas a veces me hace falta, pero sé que no puedo ir allá después de lo que pasó. Ya, eso es todo, no quiero hablar más de eso.”*

A M se le dificultaba hablar del tema por los sentimientos de culpa y vergüenza que en este momento confunden su vida, siente pena con el terapeuta y dice: “*Ya eso es todo*”. Lo que se entiende como “no me pregunte más”. “*Esto es muy doloroso para mí*”. Así, en los subsiguiente, lo que no narra en la sesión terapéutica, lo lleva a la consulta almacenado en un CD, por eso sale corriendo del consultorio como una manera de protegerse.

Explicar el abuso sexual no es fácil, teniendo en cuenta la multiplicidad de elementos que se mezclan para su interpretación y análisis. Marrone (2001) cita a Bowlby (1973) textualmente:

Lo que por motivos de conveniencia denomino teoría del apego es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva. (pág. 31)

Es muy triste y dolorosa la situación que está pasando, teniendo en cuenta que estas personas antes de cometer el delito, ganaron su confianza creando en él un fuerte lazo afectivo, irrumpieron en su psiquis, destrozándola una vez que perpetraron su inescrupuloso plan. De este modo, su proyección y las condiciones fraternales que se tejieron con el

abusador, permitieron que en su psiquis se estableciera la figura de este como padre, lo que lleva a analizar un incesto psicológico.

En otros apartes de las sesiones se observa lo siguiente:

**OB:** Entra agitado con el celular pasándolo de una mano a otra muy angustiado y de semblante pálido, se sienta, se levanta camina por el consultorio, entonces le pregunto: ¿Qué ocurre? Él contesta, me voy a volver loco, estos tipos me están llamando y como no les contesto me mandan mensajes, mire. [Son 4 mensajes donde le dicen que si no atiende las llamadas, le van a decir a la mamá que él es un mariquita, y lo que pasó fue porque él lo quiso].

En este momento se hace necesaria una intervención aclaratoria acerca de lo ocurrido.

- Que ha sido víctima de abuso sexual
- Los abusadores ganaron su confianza para perpetrar el hecho
- Se valieron de su posición (ministerios en la iglesia)
- Se aprovecharon de su afecto y sentimientos
- Que solo ellos son culpables.

La transferencia poco a poco se ha configurado de manera positiva, sustentada en la presencia y permanente constancia del terapeuta, así como en la sensación de sentirse realmente escuchado, reconocido y apoyado.

Todo esto para favorecer y llegar poco a poco al principio de realidad. En otros apartes se observa:

**OB:** Llega y aún se le observan algunos síntomas, y se nota preocupado, por lo cual se le dice:

**T:** Cuéntame.

**P:** *“Mi mamá y mis tías ya se están dando cuenta que a mí me pasa algo y me pasan preguntando, por qué estoy así, como nervioso, ellas están muy preocupadas... Pero, esos no dejan de molestarme, ahora están rodeando mi casa, ayer pasaron por todo el frente, y tengo mucho miedo. Doctora ayúdeme”.*



**T:** M, creo que lo mejor es que le cuentas a tu mamá, para que no te sigan atacando y amenazando.

**P:** “No, no, no, doctora ella es... usted no sabe cómo es, rabiosa y agresiva, además si yo le cuento se lo dice a mis tías.”.

**T:** ¿Si tú quieres la citamos aquí en el consultorio y tú le cuentas, pero yo voy a estar aquí ayudándote y apoyándote, te parece?

**P:** “Sí”.

La situación de este paciente se complica por las amenazas constantes de los agresores, por lo cual se considera importante y un avance terapéutico que M pueda revelar el secreto a su madre y así el temor como los síntomas puedan disminuir su intensidad, además poder enfrentar la realidad sostenido del brazo de su madre y del terapeuta.

**OB:** Llega ojeroso, se le nota muy cansado y preocupado.

**P:** “Estos me siguen molestando. Le dijeron a un amigo mío que yo soy gay, y yo no soy marica a mí me gustan las mujeres (lo dice con mucha rabia) lo que pasa es que yo estaba ciego y confiaba mucho en ellos, ¿usted qué dice?, ¿será que uno se vuelve marica?”.

**T:** No necesariamente.

Y se aclara nuevamente que fue víctima de un abuso, violación, y de un acoso sexual que todavía persiste, se trabaja la culpa e identidad de género.

Teóricamente esto se puede explicar por lo expuesto por Freud (1917), el autor hace referencia al sentimiento de culpabilidad como una afección caracterizada esencialmente por autoimputaciones, autoultraje y propensión al autocastigo, conllevando a una severa depresión, hasta llegar a suicidarse. Existe la ruptura de dos fuerzas estructurales del yo (consiente, principio de realidad) y el señalamiento del Superyó (pre consciente-moral); rompimiento que perturba al ser en una dinámica interior subjetiva.

El abuso y acoso de C y R por medio de mensajes a su celular diciéndole “eres un mariquita, se lo voy a decir a tu mamá” ocasiona angustia en su identidad de género, llegando a pensar y decir: “Doctora, ¿será que me voy a volver marica?”.

En M la vanidad varonil constituye su propiedad sexual, esta es parte de la identificación normal con la figura masculina dominante en el hogar: el padre, pero como este se ausentó de su vida cuando tenía 2 años, R le sirve de modelo de identificación. Sin embargo, tal identificación trae a la situación más complicaciones, porque el sujeto con el cual se identifica y al cual admira lo enfrenta a una sexualidad cruel, angustiante y dolorosa, tratando de infundirle miedo, culpa y confusión en su identidad sexual (Peter, 1986).

La situación victimaria de M, en que ocurrieron los hechos del abuso sexual al que fue expuesto, tiene de antemano connotaciones agravantes que se exacerban debido a procesos evolutivos por los cuales está pasando, por los sobornos, chantajes y por las figuras de apego que cometieron el abuso sexual.

**OB:** Antes de llegar a la cita M me llama y dice que va a ir con la mamá. Al ingresar al consultorio llega solo, le pregunto por la mamá, él dice “viene en 5 minutos porque sale del trabajo para acá”. En ese momento expresa sentir mucho miedo —le hago sentir que estoy con él y se calma un poco—.

**Madre:** —Entra y pregunta— *“Qué es lo que le pasa a mi hijo, yo no sé para qué estoy aquí, pero estoy muy preocupada porque sé que le pasa algo, él no duerme, pasa muy callado está pendiente de la puerta y del teléfono, le pregunto y no me contesta dígame que pasa”* —se hace un silencio M me mira—.

**T:** Señora, M tiene algo que contarle, y yo estoy aquí para ayudarle.

**OB:** M se frota las manos hace silencio, luego suelta palabras muy rápidas:

**P:** *“Es que R y C me violaron”*

**OB:** En este momento comienza a llorar fuerte, la madre abre los ojos y queda paralizada

**Madre:** “¿Eso es verdad?”

**T:** “Sí”

**OB:** Entonces suelta un grito muy fuerte llorando desesperadamente, pregunta cómo fue y quién fue, M dice C y R, ella responde yo sabía que era

algo con ellos porque esa llamadera preguntando por M y la pasadera por mi casa (no deja de llorar), añade: “¿Pero cómo fue?, ¿por qué te dejaste?”.

**T:** No señora, en ningún momento M se dejó como usted dice, él fue víctima de un abuso sexual.

**P:** “*Yo estaba en su casa ellos me amenazaron, me dieron correazos y confiaba en ellos*”

**Madre:** *Dios mío esto no se puede quedar así, voy a mandarlos a matar —sigue llorando—.*

**OB:** M le sigue contando, pero no con detalles, lo sucedido y le muestra los mensajes, ella los lee y dice “*no será que a ti te gusta eso, porque tu pasabas metido en esa casa.*”

**P:** “*Por eso era que no quería decirte nada, sabía lo que ibas a decir, tú nunca me has creído y siempre has dudado de mí*”

**OB:** Llora y calla, la mamá me pregunta qué hacer.

**T:** Le aseguro, señora, que para su hijo no ha sido nada agradable esta situación, la felicito por tener un hijo valiente como M, y en cuanto qué hacer, primero es necesario que el muchacho continúe en terapia para su recuperación y lo mejor en estos casos es denunciar.

### **Dos momentos importantes en la intervención terapéutica:**

1. Intervención Aclaratoria a la madre del muchacho para bajar la intensidad y la confusión que le genera la angustia del hecho y ratificarle a M que no es culpable, que el terapeuta le cree y está con él.

2. Nuevamente la madre lo culpabiliza además de dudar de su identidad sexual, por lo cual la intervención gira con doble objetivo:

- Para darle seguridad y respaldo a M con respecto a su identidad sexual.
- Y asegurarle a M que por ningún motivo es culpable.

En estos casos los padres pueden sentir muchas emociones diferentes, la noticia puede que afecte sus vidas de diferentes maneras. Hay algunos pensamientos y sentimientos que pueden tener cuando se enteran que su

hijo o hija ha sufrido un abuso sexual, como negación, rabia, incapacidad, entre otras.

En síntesis, el afrontamiento de los padres ante el ASI de su niño, niña o adolescente se ve afectado por los mecanismos de defensas que estos utilizan al momento de conocer la verdad. Uno de ellos es la negación de los hechos, por el dolor y la confusión. He aquí la importancia del primer contacto con el profesional en un proceso de revelación y un argumento de respuestas en el que se genera la decisión de requerir ayuda formal e informal (Intebi, I. 2013).

**Denunciar es importante porque el abuso sexual a menores es un delito penalizado y en ningún caso es justificable, pues se atenta contra la integridad física y psicológica del adolescente. Esto ayudaría a la víctima a disminuir la culpa y a entender que la ley está de su parte, que el verdadero culpable es el abusador.**

Se realizan varias sesiones madre e hijo, para lograr que denuncien. Finalmente denuncian, pero los abusadores solo pasan dos meses tras las rejas. Lo cual crea en M frustración. Aquí se trabaja frustración y culpa. M, sigue asistiendo a terapia en sesiones regulares, lo cual permite un seguimiento en el tiempo.

M inicia sus estudios profesionales, se sigue trabajando autoestima y culpa, que aprende a manejar, mas no desaparece. Termina su carrera profesional e inicia su experiencia laboral con gran éxito, requiriendo menos apoyo o soporte psicológico dados los logros del objetivo terapéutico real.

## Conclusiones

El abuso sexual consiste en la utilización de un niño o adolescente para satisfacer los deseos sexuales, generalmente, de un adulto. No obstante, este es un tema actualmente debatido en el ámbito de la psicología, pero desde el punto de vista psicodinámico son pocas las conceptualizaciones que se encuentran para abordar esta temática. Freud, fue el primero en explicar la histeria como una enfermedad mental en adultos, descubriendo que algunos de sus pacientes fueron abusados sexualmente en su niñez o adolescencia. Esto condujo a su teoría de la seducción. Después abandonó

su teoría por la inconformidad y el desacuerdo de sus contemporáneos, sustituyéndola por la teoría edípica en la que los incestos quedaron como fantasías sexuales de las víctimas.

Hablar de abuso sexual se convierte en tabú social. El incesto y la relación sexual entre un adulto y niño, niña o adolescente, viene con un historial marcado en la prohibición de hablar del tema. Los que han visto o son testigos de la incidencia del ASI, tratan de ignorar la problemática mediante la negación o desmentir el relato del niño, niña o adolescente. La indiferencia ante estos hechos agravia al ser humano que los sufre.

El abuso sexual constituye un trauma que rompe las esferas psíquicas de niños y adolescentes. Viviéndolo muchas veces en silencio, guardando el secreto por temor al agresor, miedo, culpa, vergüenza o el qué dirán sus padres o que tal vez no les crean. En este discurrir traumático encontramos en las víctimas comportamientos como los siguientes:

- Guardan el secreto, y procuran que nunca pueda ser revelado.
- En la adultez fueron a terapia por otros motivos, y revelaron el secreto en una sesión terapéutica.
- Después de un corto tiempo sintieron la necesidad de buscar ayuda y hablar.
- Por diversas razones los padres u otras personas descubrieron el abuso
- Nunca supieron que fueron abusados.

En el caso de M los síntomas y los acosos por parte de los abusadores hicieron buscar la ayuda profesional, quedando demostrado que no es fácil para una persona que ha sido víctima de abuso sexual revelarlo y más aún cuando el chantaje emocional irrumpe y amenaza para confundir al adolescente con su identidad sexual.

El proceso terapéutico se va desarrollando de manera natural, la terapeuta escucha atentamente, reconoce y acepta la dificultad inicial debido a los mecanismos de defensa que protegen el abuso, lo importante aquí es generar un ambiente de seguridad y respeto que facilite la transferencia. En estos casos lo esencial es crearle al niño o adolescente brindar apoyo y

hacerlo sentir que cuenta con el o la terapeuta, sirviéndole de yo auxiliar, en momentos como estos en que su yo está debilitado.

Desde la práctica psicológica, clínicamente se puede observar como muchos niños, niñas y adolescentes son abusados sexualmente, convirtiéndose este en un problema grave y en pesada carga de sufrimiento por el impacto que tiene la experiencia en las víctimas y familiares. Es difícil contrarrestar este flagelo, y desde la psicología clínica son muchas las reparaciones psíquicas que se pueden lograr, contando el secreto (abuso sexual) ya sea desde los mismos niños, niñas, adolescentes, padres, o sociedad.

La terapeuta ha ofrecido al paciente descanso, reaseguramiento, la satisfacción de los deseos de pasividad y dependencia, sugerencias en el sentido de tomar las cosas con calma. Por otro lado, se procura una catarsis, oportunidad de descargar y volver a experimentar repetidas veces el trauma y la verbalización y dilucidación de los conflictos implicados.

El caso de M avanzó significativamente, asistiendo a las sesiones terapéuticas, superando la sintomatología y elaborando nuevos proyectos de vida que muestran un deseo de superación, reparación y sentido de realidad, para así continuar con una vida llena de esperanza. El acompañamiento que desde estas sesiones se viene realizando ha fortalecido eficazmente el desarrollo psicológico de M.

Es necesaria la denuncia del ASI, además de ser un delito, desde la atención al caso, M y otros pacientes que consultaron por este problema, se puede notar la mejoría de los síntomas de niños, niñas y adolescentes en cuanto a la ansiedad, miedo, culpa e insomnio, una vez que el abusador es declarado culpable y se genera su captura. Las víctimas consideran este paso como una descarga de su culpa. “el culpable es él y no yo”

El Abuso Sexual Infantil es una conducta intolerable, que genera deterioro físico y mental con sus catastróficas consecuencias, dañando seres vulnerables e indefensos, sumado a los grandes costos que generan las intervenciones, que en algunos casos los cubre el estado, pero no en su totalidad. Otras personas simplemente no tienen como hacerlo, esto obliga a los agentes gubernamentales, no gubernamentales y comunidad en general a crear campañas preventivas de ASI y una cultura de la denuncia.

## Referencias

- APA (2014). Manual diagnóstico para los trastornos mentales. Recuperado de [https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero\\_marzo\\_2014/Suplemento\\_2014\\_1\\_Neuro\\_Psiq.pdf](https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf)
- Arias, F. (2006). Abuso sexual en los niños no es fácil de identificar. Mimeoógrafo.
- Bühler, C. (1927). La vida psíquica del adolescente. Intento de un análisis y teoría de la pubertad mental. Cuarto, verbo. Edición
- Bravo, L. y Meléndez, Y. (2016). Caracterización del abuso sexual infantil a partir de historias clínicas. Revista avances en psicología. 24 (12), 135 – 147. Recuperado de [http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2016\\_2/135.pdf](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2016_2/135.pdf)
- Bravo L. & Martínez D., (2016). Estratos socio-económicos asociados a la vulnerabilidad del abuso sexual en niños y niñas de Sucre – Colombia. Sexología positiva: Placer, salud y bienestar, 18 (7), 75-82.
- Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia (1.991)
- Cortés, A., Cantón, D. y Cantón, J. (2011). Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. Gaceta Sanitaria, 25(2), 157-165. Recuperado en 22 de enero de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112011000200013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200013&lng=es&tlng=es).
- Código De La Infancia y La Adolescencia, ley 1098 de 2006.
- Marcelli, A., Braconnier, J., De Ajuriaguerra (1986). Manual de psicopatología del adolescente. Masson S.A, España.
- Freud, A. (1965). El yo y los mecanismos de defensa. En Y. P. de Carcamo y C. E. Carcamo (Trads). Buenos Aires, Argentina: Paidós. (trabajo original publicado en 1936)
- Freud, S. (1995) Estudios sobre la histeria en Obras Completas Vol. 2; B. Aires: Amorrortu (Orig. 1895)
- Freud, S. (1.917) Duelo y melancolía en Obras completas, vol. xiv. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.

- Grupo Opciones (2007). Lo Que Todos Y Todas Debemos Saber Sobre El Abuso Sexual Infantil. Estrategias De Prevención Integral Del Abuso Sexual.
- Hernández, (2014). Lo real: el nudo Freud-Lacan (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Instituto Colombiano de Bienestar familiar ICBF (2018). Urge endurecer penas contra los abusadores sexuales de menores de edad. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/noticias/urge-endurecer-penas-contralosabusadoressexualesdemenoresdeedad>
- Intebi, I. (1998). El Abuso Sexual en las Mejores Familias. Buenos Aires, Argentina: Edición Granica
- Intebi, I. (2013). Proteger, reparar, penalizas: evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil. Buenos Aires: Granica.
- Losada, C. y. (2009). Nuevos Aportes Al abuso Sexual Infantil. Buenos Aires: R/V Ediciones-Ediciones Kristal
- Marrone Mario (2001). La Teoría del Apego. Un enfoque actual. Madrid Editorial Psimática.
- Meza, M. B. y Nieves, J.A. (2016) Factores Psicosociales Relacionados Al Abuso Sexual Infantil (tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga.
- Myers, D. (2006), Psicología 7ma edición. Editorial Médica Panamericana: Madrid.
- Pinto, C. y Silva C. (2013) “prevalencia y características psicosociales del abuso sexual en Chile: un estudio retrospectivo en el norte del país” Revista Señales 6 (11) 26-42
- Pereda (2010). Consecuencias Psicológicas A Largo Plazo Del Abuso Sexual Infantil. Papeles Del Psicólogo, 191-201.
- Peter, B. (1986). Psicoanálisis de la adolescencia. México, Editorial Joaquín Mortiz, México
- Save the Children (2001). Abuso Sexual Infantil: Manual de formación para Profesionales. España.
- Secretaria Distrital de Integración Social (2016), Prevención y detección de la violencia sexual en la primera infancia. Bogotá, Colombia, 2ª Edición. Contacto.



- Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7, 177-193.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65, (2), 98 –109 DOI: 10.1037/a0018378.
- Topper, I.U. (1988). El silencio de los corderos. En *Nuevo Trabajo en ABC*, 14 junio, 54-55.
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, 2016). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. Recuperado de [https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual\\_contra\\_NNyA-2016\\_\(1\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016_(1).pdf)