



REVISIÓN

INCESTO: ENFOQUE PSIQUIÁTRICO

*Karen Garro Vargas **

RESUMEN:

El incesto es un tema lleno de mitos y es importante conocer la transcendencia en el ámbito emocional de los menores, niños y niñas, que son víctimas de abuso sexual por parte de un pariente cercano y los motivos que llevan al resto de la familia a callar estos sucesos. Conocer características de las posibles víctimas y de los posibles agresores nos permitirán evaluar las circunstancias en que se da el abuso sexual y sus secuelas a corto y largo plazo.

PALABRAS CLAVE:

Incesto. Entrevista psiquiátrica. Psiquiatría forense. Secuelas emocionales.

ABSTRACT:

Incest is a topic filled with myths and is important to understand the emotional significance in the field of children, children who are victims of sexual abuse by a close relative and the reasons behind the rest of the family to be quiet these events. Knowing characteristics of potential victims and potential perpetrators will allow us to evaluate the circumstances in which there is sexual abuse and its consequences in the short and long term.

KEY WORDS:

Incest. Psychiatric interview. Forensic psychiatry. Emotional scars

** Médico Residente de Medicina Legal, Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial. kgarrov@poder-judicial.go.cr*

Recibido para publicación: 11 de diciembre de 2011 Aceptado: 12 de marzo de 2012

GENERALIDADES.

El incesto es el abuso sexual cometido hacia una persona, niño o adolescente con el que existe una relación de parentesco por consanguinidad y/o afinidad, significa la relación sexual entre las personas que son familiares y no pueden casarse por ley, esto abarca también la relación sexual entre un padrastro y un hijastro.

Se considera que en su debilidad el niño o niña puede ser víctima del adulto, ya que el adulto puede encontrar en el niño una víctima fácil que le permite satisfacer su agresividad o sus deseos. Se debe considerar que el niño que acusa puede estar confirmando las acusaciones de los adultos o repitiendo lo que oye de ellos.

El incesto y otras formas de abuso sexual contra los niños está rodeado de mitos, contradicciones y confusiones, sin embargo, hay consenso con respecto a las siguientes características que presentan; el que lo lleva a cabo es un varón (de 80 a 90%), que el 80% de las veces es un miembro o amigo de la víctima y de su familia, que estos incidentes no se reportan en la mayoría de los casos y que puede pertenecer a cualquier clase social, económica o grupo racial.

El que abusa de los niños no es producto de una familia disfuncional o patológica, puede ser tan normal o anormal como el resto de la población masculina, la razón por la cual busca al niño a diferencia de la mujer, es que éstos tienen menos experiencia, menos fuerza física y es más confiado y dependiente de los adultos y por lo tanto se puede coaccionar, seducir, convencer o forzar con más facilidad. El hecho de que el abusador sea amigo o miembro de la familia dificulta el que se denuncien estos casos.

Los abusadores sexuales, que frecuentemente muestran un problema de insatisfacción sexual, se ven tentados a buscar esporádicas satisfacciones sexuales en los menores que tienen más a mano y que menos se pueden resistir. En estos casos los agresores pueden mostrar distorsiones cognitivas para justificarse ante ellos mismos por su conducta: “mi niña está entera”, “la falta de resistencia supone un deseo del contacto”, “en realidad, es una forma de cariño”, etc.

La situación habitual incestuosa suele ser la siguiente: un comienzo con caricias; un paso posterior a la masturbación y al contacto buco genital; y, solo en algunos casos, una evolución al coito vaginal, que puede ser más tardío (cuando la niña alcanza la pubertad). Por otra parte, los niños con mayor riesgo de victimización son aquellos con una capacidad reducida para resistirse o revelarlo, como son los que todavía no hablan y los que muestran retrasos del desarrollo y discapacidades físicas y psíquicas. Asimismo son también sujetos de alto riesgo los niños que se encuentran carentes de afecto en la familia, que pueden inicialmente sentirse halagados por la atención de la que son objeto, al margen de que este placer con el tiempo acabe produciendo en ellos un profundo sentimiento de culpa.

En cuanto a las consideraciones del psicoanálisis se denomina Complejo de Edipo, o conflicto edípico, a la compleja gama de emociones y sentimientos infantiles caracterizados por la presencia simultánea y ambivalente de deseos amorosos y hostiles hacia los progenitores, este complejo se basa en un concepto central de la teoría psicoanalítica de Sigmund Freud el cual lo define como el deseo inconsciente del menor de mantener una relación sexual (incestuosa) con el progenitor del sexo opuesto y de eliminar al padre del mismo sexo (parricidio).

Existe además el Complejo de Electra, el cual fue propuesto por Carl Gustav Jung en 1912 para designar la contrapartida femenina del complejo de Edipo, en el que existe una atracción afectiva de la niña por el padre.

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA.

Se considera a la entrevista el principal instrumento utilizado por el psiquiatra para conocer al paciente y la naturaleza de su problema. La comprensión de la salud y la enfermedad del evaluado procede principalmente de la narración que éste hace de su vida anterior, sus actitudes y emociones y el desarrollo de sus síntomas, por lo que se le solicita al entrevistado que narre su historia con sus propias palabras.



El diagnóstico y pronóstico se basan en estos datos y en la información adicional obtenida a partir de los familiares del paciente, el examen físico, los tests psicológicos y cualesquiera otros exámenes especiales.

La historia psiquiátrica se realiza formulando preguntas para conocer las quejas presentes y valorar la gravedad de los trastornos que se asocian a las mismas en los ámbitos social, biológico y psicológico, para establecer la cronología de los cambios y la relación de estos cambios con las experiencias potencialmente estresantes, para averiguar si el paciente ha tenido experiencias que le hicieron estar preocupado por su bienestar psicológico con anterioridad, para determinar si ha recibido tratamiento (y que tipo de tratamiento) en el curso del episodio actual y si hay una historia anterior de trastornos psiquiátricos, así como los tipos de tratamiento recibidos y la eficacia de éstos, para obtener la historia médica del evaluado y la historia de enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas de la familia, para conocer la historia personal del (la) paciente y para analizar su actitud, sus reacciones a los diversos sucesos y su forma de reaccionar frente a las tensiones.

Las fuentes de datos clínicos incluyen el contenido verbal (lo que dice), la forma de expresarse (como lo dice), la comunicación no verbal (lenguaje corporal) y las claves somáticas asociadas. Una postura mental de atención libre flotante a la entera configuración de las interacciones paciente-entrevistador es la forma más eficaz de obtener información a todos los niveles. Los datos de un nivel a menudo aumentarán, modificarán o incluso contradecirán datos de otro nivel. El rubor, la palidez, la perspiración, el aumento de la frecuencia respiratoria y el incremento en los tics o manierismos revelan una elevación emocional. A menudo una clave sutil, una desviación de la mirada o un ligero cambio de la expresión, sugieren emociones encubiertas, fantasías o impulsos.

El comportamiento del o la evaluada está determinado por la realidad de la situación

presente, sus experiencias pasadas y sus proyectos en la vida, sus percepciones del entrevistador y las reacciones hacia éste contienen tanto elementos racionales como irracionales y su comportamiento puede parecer inconstante, confuso o inapropiado.

Con relación a la técnica de la entrevista, existiendo extremos, una entrevista completamente dirigida por el médico y una entrevista completamente abierta y dirigida por el paciente. Las preguntas abiertas permiten que los pacientes respondan con sus propias palabras y tienen la virtud de provocar información inesperada y a menudo datos más fiables. Las preguntas específicas, como en la revisión sistemática, aportan importantes datos que pueden no obtenerse de otra forma. Luego de identificar el problema, se emplea un enfoque más estructurado para seguir los hilos conductores en la narración original y para abrir nuevas áreas a la conversación.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL.

La distinción entre historia y examen es incluso menos nítida en psiquiatría que en medicina general. La mayor parte (y frecuentemente la totalidad) del examen del estado mental se efectúa mientras se realiza la historia. Se valora el aspecto, comportamiento, fluidez de la conversación, contenido del pensamiento, anomalías de percepción, el afecto y las funciones cognitivas.

PSIQUIATRÍA FORENSE.

La Psiquiatría Forense es el conjunto de nociones médico-legales-psiquiátricas que tienen importancia en el Derecho (penal, civil, laboral, canónico) y que se relacionan con algunos aspectos de la capacidad mental y psíquica. La Psiquiatría clínica se ocupa de las enfermedades mentales y de las alteraciones del comportamiento que se consideran anormales, morbosas o patológicas.

La Psiquiatría se ocupa de los aspectos menos tangibles, más subjetivos del ser humano enfermo, como su conducta, sus motivaciones, las alteraciones de su pensamiento, de sus afectos,

de los problemas de desajuste o desadaptación de la personalidad a su medio cultural y social cuando son provocadas por causas patológicas.

El perito Psiquiatra legista emite su dictamen sobre aspectos tales como la capacidad en lo civil o la responsabilidad en lo penal. Las funciones del Psiquiatra Legista, en cuanto al Derecho Penal, son primordialmente, la elaboración de informe sobre el estado de salud mental de un acusado, lo que engloba dos cuestiones fundamentales: si reconoce el valor de sus actos y si es capaz de actuar conforme a ese conocimiento, en ocasiones valoración del potencial delictógeno. Como consecuencia de ello puede inferirse una anulación o una disminución de su imputabilidad, estableciéndose por los juristas la existencia de una eximente completa, incompleta o una atenuante de la responsabilidad criminal.

DETECCIÓN DEL ABUSO SEXUAL.

Las conductas incestuosas tienden a mantenerse en secreto. Existen diferentes factores que pueden explicar los motivos de esta ocultación: por parte de la víctima, el hecho de obtener ciertas ventajas adicionales, como regalos, o el temor a no ser creída, junto con el miedo a destrozarse la familia o a las represalias del agresor; y por parte del abusador, la posible ruptura de la pareja y de la familia y el rechazo social acompañado de posibles sanciones legales.

A veces la madre tiene conocimiento de lo sucedido. Lo que le puede llevar al silencio, en algunos casos, es el pánico a la pareja o el miedo a desestructurar la familia; en otros, el estigma social negativo generado por el abuso sexual o el temor de no ser capaz de sacar adelante por sí sola la familia. De ahí que el abuso sexual pueda salir a la luz de una forma accidental cuando la víctima decide revelar lo ocurrido -a veces a otros niños o a un profesor- o cuando se descubre una conducta sexual casualmente por un familiar, vecino o amigo. El descubrimiento del abuso suele tener lugar bastante tiempo después (meses o años) de los primeros incidentes.

SECUELAS EMOCIONALES O EVOLUCIÓN PSICOLÓGICA DE LAS VÍCTIMAS DE INCESTO.

Los menores muy pequeños pueden no ser conscientes del alcance del abuso sexual en las primeras fases, lo que puede explicar la compatibilidad de estas conductas con el cariño mostrado al adulto por el menor. Así, por ejemplo, hay niños que verbalizan el abuso sexual de la siguiente forma: “mi papá hace un pipí blanco”, “yo no me enteraba porque estaba dormido”, “me dice que no se lo diga a nadie”.

CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO:

Al menos un 80% de las víctimas sufren consecuencias psicológicas negativas. El alcance del impacto psicológico va a depender del grado de culpabilización del niño por parte de los padres, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima. En general, las niñas tienden a presentar reacciones ansioso-depresivas; los niños, fracaso escolar y dificultades inespecíficas de socialización, así como comportamientos sexuales agresivos.

Respecto a la edad, los niños muy pequeños (en la etapa de preescolar), al contar con un repertorio limitado de recursos psicológicos, pueden mostrar estrategias de negación de lo ocurrido. En los niños un poco mayores (en la etapa escolar) son más frecuentes los sentimientos de culpa y de vergüenza ante el suceso. El abuso sexual presenta una especial gravedad en la adolescencia porque el padre puede intentar el coito, existe un riesgo real de embarazo y la adolescente toma conciencia del alcance de la relación incestuosa. No son por ello infrecuentes en la víctima conductas como huidas de casa, consumo abusivo de alcohol y drogas, promiscuidad sexual e incluso intentos de suicidio.

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO:

Los efectos a largo plazo son menos frecuentes y más difusos que las secuelas iniciales pero pueden afectar, al menos, al 30% de las víctimas. Los problemas más habituales son las alteraciones



en la esfera sexual -disfunciones sexuales y menor capacidad de disfrute, especialmente-, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como un control inadecuado de la ira (en el caso de los varones, volcada al exterior en forma de violencia; en el de las mujeres, canalizada en forma de conductas autodestructivas).

En otros casos, sin embargo, el impacto psicológico a largo plazo del abuso sexual puede ser pequeño (a menos que se trate de un abuso sexual grave con penetración) si la víctima no cuenta con otras adversidades adicionales, como el abandono emocional, el maltrato físico, el divorcio de los padres, una patología familiar grave, etc. Desde el punto de vista del trauma en sí mismo, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la presencia de sucesos traumáticos diversos en la víctima, la frecuencia y la duración de los abusos, la posible existencia de una violación y la vinculación familiar con el agresor, así como las consecuencias negativas derivadas de la revelación del abuso (por ejemplo, romperse la familia, poner en duda el testimonio del menor, etc.)

En un estudio de 26 mujeres que fueron agredidas sexualmente por sus padres, N. Lukianowicz describe cuatro grupos de evolución:

1. Las que presentan trastornos del carácter y de la conducta social en 11 mujeres cuya conducta psicosexual está trastornada; 4 de ellas llegaron a ser prostitutas, y la mayoría presentaban además una sintomatología delincuente y predelincente.
2. Después de su matrimonio, 5 mujeres presentaron una frigidez y una aversión por las relaciones sexuales con su marido, mostrando 3 de ellas síntomas de personalidad histérica.
3. En 4 mujeres se observaron francos síntomas psiquiátricos: neurosis de angustia aguda en una, reacciones depresivas con tentativas de suicidio en las otras tres.
4. En 6 mujeres no se observó ningún defecto aparente sobre la actividad sexual ulterior, pero algunas se volvieron celosas cuando su padre dejó de mantener relaciones con ellas para volverse hacia su hermana más joven.

Los hijos objeto del incesto por parte de sus madres están, la mayoría de las veces, gravemente trastornados emotivamente y pueden presentar episodios psicóticos, en tanto que los menores que tuvieron experiencias incestuosas con sus hermanos o hermanas la mayoría encontraron parejas sexuales fuera de la familia y presentaron menos perjuicios que cuando la relación incestuosa fue con uno de los padres.

VALORACIÓN EN MEDICINA LEGAL Y PSIQUIATRÍA FORENSE.

En el Departamento de Medicina Legal, los delitos sexuales, son atendidos para valoración médica clínica y psiquiátrica psicológica, con la finalidad de determinar la presencia de lesiones físicas, emocionales y la credibilidad de la víctima.

Se debe tener en cuenta que en los casos que se valoran por delitos sexuales, es importante tomar en consideración el contexto en que se da la denuncia, (en casos de divorcios o custodia, se habla del Síndrome del alegato sexual en divorcio: "SAID" como causa de denuncias falsas de abuso sexual infantil así como otras causas de denuncias falsas), se debe tomar en cuenta también la cantidad de evaluaciones a las que ha sido sometida la posible víctima por la probabilidad de contaminación del relato, o la manipulación de la historia por parte de uno de los progenitores influenciando al menor contra el otro progenitor.

En la mayoría de los casos, los ofensores son de sexo masculino, sanos mentalmente, quienes tienen una ubicación en una situación de autoridad o de poder con relación a la víctima. La víctima de incesto y abuso sexual, en la mayoría de los casos es de sexo femenino, la agresión sexual se inicia desde edades tempranas (antes de los 12 años). El incesto y abuso sexual, es una actividad repetitiva y gradual, que va de meses a años antes de la revelación del secreto, ocurre en todas las clases sociales y raciales.

Son pocos o ninguno los signos físicos en los casos de abuso sexual, son las secuelas emocionales los principales indicadores de la presencia del abuso más que el indicio físico. La inconsistencia en las declaraciones de las víctimas puede tener

su explicación bien fundamentada en el impacto traumático del incesto y abuso sexual sobre la memoria de éstas y sobre su estado emocional, además de la indefensión en que se encuentran y la desventaja de poder que tienen ante el ofensor.

La evaluación pericial en el Abuso Sexual Infantil, se construye sobre tres pilares fundamentales que recogen información acerca de los siguientes tópicos:

a. Psicodiagnóstico: Se refiere a la descripción acabada de la persona evaluada, en cuanto a su funcionamiento cognitivo, afectivo, social, familiar, historia de desarrollo, de salud, escolar, de comportamiento y cualquier otro dato de relevancia y/o interés. La metodología empleada para recabar esta información, es la entrevista forense y la psicometría.

b. Contexto: Se refiere a las descripciones que permitirán situar los hechos investigados en un escenario concreto. El análisis se divide en dos áreas de contenidos: el primero se relaciona con todo lo referente al delito denunciado. La otra área temática, hace referencia al contexto de desarrollo del examinado, su historia vital, en donde se instala la ocurrencia de los hechos investigados. La metodología empleada para recabar esta información es la entrevista de investigación y el análisis de las actuaciones de investigación realizadas por el Ministerio Público.

c. Análisis de la credibilidad del niño: Se refiere a la valoración, por parte de un profesional experto en Psicología, del grado de ajuste del relato a criterios de realidad definidos a priori. Sin embargo, se entiende que la ausencia de criterios de credibilidad no implica necesariamente un relato ficticio ya que existen diversos factores que pueden influenciar el tipo y/o la cantidad de información que se entrega respecto de los hechos estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez, N. A. (2011). Abuso sexual infantil incestuoso. Recuperado el 13-11-2011 de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3152/1/Abuso-sexual-infantil-incestuoso.html>

2. Penacho, L. P. (2011). Abuso sexual infantil incestuoso. Recuperado el 13-11-2011, de: <http://www.gestiopolis1.com/recursos8/Docs/eco/abuso-sexual-infantil-incestuoso.htm>
3. Complejo de Edipo. Recuperado el 13-11-2011 de: http://es.wikipedia.org/wiki/Complejo_de_Edipo
4. Complejo de Edipo. Recuperado el día 12-11-2011) de: <http://www.apuntesdepsicologia.com/psicologia/complejo-de-edipo.php>
5. Complejo de Electa. Recuperado el 13-11-2011 de: http://es.wikipedia.org/wiki/Complejo_de_Electra
6. Delitos sexuales valorados en el Consejo Médico Forense y su seguimiento en el proceso judicial. Med. Leg. de Costa Rica, 18, 2, Recuperado el 13-11-2011) de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=s1409-00152001000300009&script=sci_arttext
7. Arias, S. (2009). Freud: etapas psicosexuales (Electra y Edipo). Recuperado el 13-11-2011 de: <http://www.psicologicamentehablando.com/complejos-de-electra-y-de-edipo/>
8. Guía para la atención del abuso sexual infantil. (2009). Acta Pediatr Mex, 30(2), 94-103. Recuperado el 13-11-2011). Recuperado de: <http://www.nietoeditores.com.mx/vol-30-num-2-marzo-abril-2009/1625-guia-para-la-atencion-del-abuso-sexual-infantil>
9. Importancia de la psiquiatría forense en el proceso penal. Med. Leg. Costa Rica, 16, 1-2 Recuperado el 13-11-2011 de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00151999000200005&script=sci_arttext
10. Manual de psiquiatría infantil. (4º ed). Recuperado el 13-11- 2011 de: <http://www.edipica.com.ar/archivos/leandro/psicoanalisis/psiconinios/ajuriaguerra1.pdf>
11. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. (2006, en.-ab.). Cuad. med. Forense n.43-44, Sevilla, España. Recuperado el 13-11- 2011 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062006000100006&script=sci_arttext
12. Incesto: trama de silencios y complicidades. Filiación Institucional. Lic. en Psicología. Cuerpo Médico Forense de la Provincia de Sgo. del Estero. (recuperado el día 13-11-2011, Recuperado de: <https://sites.google.com/a/fundpsicsigmundfreud.org/trabajos-2do-congreso-de-investigacion/home/kelly-ana-maria-valeria>