



Universidad de Palermo



Facultad de Ciencias Sociales

---

**Trabajo Final de Integración: Casos de Abuso sexual infantil en el área de psicología del servicio de pediatría del hospital**

---

Alumno: Esnal, Josefina

## ÍNDICE

1- Título	p.3
2- Introducción	p.3
3- Objetivos	
3.1 Objetivo general	p.4
3.2 Objetivos específicos	p.4
4- Marco teórico	
4.1- Historia de abuso sexual infantil	p.5
4.2- Definición de abuso sexual infantil	p.8
4.3-Clasificación de abuso sexual infantil	p.10
4.4-Violencia familiar y abuso sexual infantil	p.12
4.5-Estructura familiar de los casos de abuso sexual infantil	p.15
4.6-Características del abusador	p.17
4.7-Características de los niños abusados. Sintomatología más común	p.19
4.8-Datos estadísticos. Estudios empíricos anteriores	p.22
5- Método	
5.1-Participantes	p.25
5.2-Instrumentos	p.25
5.3-Procedimiento	p.25
6- Resultados	
6.1-Tipo de abuso sexual infantil	p.26
6.2-Datos sociodemográficos	p.27
6.3-Violencia familiar	p.27
6.4-Derivadores	p.28

6.5-Composición familiar	p.29
6.6-Sintomatología	p.29
6.7-Tabla de análisis de resultados	p.30
7- Conclusión	p.31
8- Referencias bibliográficas	p.34
9- Anexo	p.36

## **1- TÍTULO**

Casos de abuso sexual infantil atendidos en el área de psicología del servicio de pediatría de un Hospital Interzonal General de Agudos .

## **2- INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo de investigación surge a partir de la realización de la práctica y habilitación profesional V de la Carrera de Psicología de la Universidad de Palermo.

Esta práctica se realizó en el área de psicología infantil del servicio de pediatría de un Hospital Interzonal General de, situado en la provincia de Buenos Aires.

Se trabajó en consultorios externos y en salas de internación del hospital durante un período de 320 horas con una frecuencia de cuatro horas diarias, bajo la supervisión de la Lic. Nora Gelassen.

Los pacientes que llegan al servicio son derivados de consultorios médicos, escuelas, salas de atención primaria, derivaciones judiciales y por demanda espontánea de sus padres.

La forma de trabajo dentro del servicio comienza con una entrevista de admisión en donde se define el motivo de la consulta y la orientación profesional que se le dará al tratamiento. Posteriormente se designa un profesional para el seguimiento del caso que pautará sesiones semanales de 45 minutos cada una.

El trabajo en salas de internación se realiza con entrevistas a niños hospitalizados por diversas afecciones y a sus familiares directos, con el fin de relevar datos socio-ambientales, e identificar precozmente situaciones familiares –tales como abuso sexual infantil, violencia familiar, y dependencia de sustancias- que requieren la intervención urgente de profesionales de diferentes áreas.

Asimismo, los médicos solicitan interconsultas con el área de psicología cuando consideran que la etiología o el desarrollo de la enfermedad médica están afectadas por un factor de orden psicológico. Simultáneamente se trabaja con los cuidadores de los

niños en el armado de redes familiares que amplíen la contención del internado para alcanzar así una internación más funcional.

El abordaje de los casos de abuso sexual infantil es realizado por un equipo interdisciplinario conformado por Infectólogos infantiles, Ginecólogos infanto-juveniles, Asistentes sociales, Pediatras y Psicólogos altamente entrenados en la detección y atención de estos casos.

A partir del trabajo en consultorios externos surgió el interés de investigar los casos de abuso sexual infantil y evaluar las diferencias y similitudes de los casos que se presentaron en el hospital durante el año anterior.

### **3- OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Describir los casos de abuso sexual infantil que se atendieron en el área de psicología del servicio de pediatría del hospital elegido.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Evaluar la frecuencia del “tipo” de abuso sexual (intrafamiliar / extrafamiliar).
- Analizar los derivadores de niños en situación de abuso sexual (pediatras, maestras, familiares, judicial).
- Describir la composición familiar de los niños atendidos.
- Evaluar la presencia de violencia en las familias de los niños abusados.
- Describir el género y la edad de los niños abusados.
- Describir la sintomatología con la que se presentaron los niños abusados.

### **4- MARCO TEÓRICO**

#### **4.1 Historia del Abuso Sexual Infantil**

El ser humano tiene dos grandes impulsos sociales, que son el deseo de unirse con los demás y la tendencia a ejercer poder para obtener beneficio de ello. El ser humano tiene identidad sexual y social, motivaciones y refuerzos sexuales, y una organización social que afecta a la actividad sexual, la crianza y los roles sexuales.

El hecho de que en la especie humana se desee y busque la actividad sexual incluso cuando es fisiológicamente imposible la reproducción, desvincula a la sexualidad humana de la mayor parte de las especies, y es una diferencia esencial.

Entre las necesidades básicas del ser humano se encuentra la reproducción, que se resuelve en un encuentro corporal íntimo desde el punto de vista dérmico (con contacto corporal global de los dos cuerpos). Incluso, la especie humana está necesitada de resolver su soledad y desamparo con fuertes vínculos con los demás.

Para poder contactarse y vincularse manteniendo la paz familiar y ampliando las redes sociales, fue necesaria la prohibición del incesto y de los abusos sexuales de menores (López Sánchez, 1995).

Malinowski (1969) sostiene que el incesto debe ser prohibido porque es incompatible con la función de transmisión cultural para la que es necesaria la autoridad de los padres. El incesto traería el caos a la familia, mezclaría las generaciones e invertiría los roles.

Se podría decir que el tabú del incesto da lugar a la exogamia como norma general. Del mismo modo, se podría decir que las relaciones coitales con menores están prohibidas generalizadamente.

En general, todas las personas y las naciones reconocen a la infancia como un período de inmadurez a la que es necesario proteger. La razón por la que la situación de los niños preocupa a la sociedad es porque para el derecho, el niño no tiene personalidad jurídica propia, es por esto, que está protegido por su familia y, si ésta no lo hace, es misión de la sociedad entera subsanar esos problemas. (Villanueva Badenes y Clemente Esteban, 2002)

El concepto de infancia es históricamente reciente, y es esta noción la que permite proteger a los niños de tres tareas exclusivas de los adultos: las exigencias laborales, políticas y sexuales.

Cuanto más se retrocede en la historia, más bajo es el nivel de puericultura y más expuestos se encontraban los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales.

Hay registros desde la antigua Grecia y Roma que muestran que los niños eran expuestos en sus primeros años a un ambiente de manipulación sexual y no era infrecuente que fueran utilizados como objetos sexuales por hombres mayores.

El judaísmo trató de acabar con la homosexualidad de los adultos mediante severos castigos; sin embargo, la cópula con niños menores de nueve años, por ejemplo, no era considerada un acto sexual.

El cristianismo introdujo en el debate un nuevo concepto: la inocencia del niño.

Durante el período del Renacimiento se produjo un cambio en la manipulación de los niños con fines sexuales; esto se desprende del creciente número de moralistas que lo reprobaban.

A partir del siglo XIX la suerte de los niños empezó a ser realmente un motivo de preocupación para ciertos sectores de la sociedad, originando una reflexión sobre la naturaleza de los cuidados básicos que se les debían propiciar y sobre la responsabilidad de la sociedad en la protección y cuidado del infante (Demausse, 1982).

Es Demausse (1982) quien hace un claro recorrido de la situación del niño en la historia: Infanticidio –Antigüedad a siglo IV-; Abandono –siglo IV a siglo XIII-; Ambivalencia –siglo XIV a siglo XVII-; Intrusión –siglo XVIII-; Socialización –siglo XIX a mediados del siglo XX-; y Ayuda –comienza a mediados del siglo XX hasta nuestros días-.

La aceptación de la existencia de niños maltratados y abusados por adultos fue el resultado de un largo proceso de cuestionamientos de las representaciones que impedían la emergencia de este fenómeno a la conciencia social.

En 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas proclama la Declaración de los Derechos del Niño, adonde las naciones que la firman se comprometen formalmente a garantizar a todos los menores de edad la plena satisfacción de tres derechos principales:

-Derechos de provisión: alimentación, vacunas, educación, etc.

-Derechos de protección: contra la explotación y el abuso sexual, laboral, etc.

-Derechos de participación: a ser escuchados, a participar en la cultura, a estar informados, etc.

La Constitución Argentina, incorpora esta declaración en su reforma de 1994.

La indefensión física con la que nacen los bebés, hace que dependan de las otras personas, en general padres y familiares cercanos. Los adultos están preparados para acompañar el largo tiempo de afianzamiento físico y de inmadurez. Las conductas del apego y las teorías del maternés teorizan acerca de la sensibilidad de los adultos para conseguir que los bebés alcancen la madurez. (Villanueva Badenes y Clemente Esteban, 2002).

La reflexión sobre el rol femenino abrió un debate acerca de la naturalidad o la construcción del maternaje, permitiendo ilustrar sobre formas de crianza y apego/desapego generalmente inadecuadas para el niño (Badinter, 1991).

Gordon (1990) señala que hasta los años '60 se pensaba que los abusos sexuales eran poco frecuentes, que afectaban solamente a las mujeres y que se daban fuera de la familia, con un agresor desconocido. Además, las víctimas eran consideradas como seductoras o generadoras de la agresión. En los años '70 se crearon las condiciones para que las personas pudieran hablar de la sexualidad y por lo tanto pudieran contar sus experiencias infantiles negativas.

Desde aquí los terapeutas comenzaron a reconocer la alta frecuencia de los abusos sexuales infantiles y sus efectos negativos, y hoy en día es uno de los campos con mayor número de publicaciones científicas, comunicaciones y exposiciones en congresos.

En el caso de los abusos sexuales es normal la utilización del recurso del poder para obtener favores sexuales. “[...] El poder es siempre una condición necesaria a la naturaleza de los abusos sexuales” (López Sánchez, 1995, p.17).

Además la asimetría de edad o nivel de desarrollo hace que las conductas de abuso sexual infantil sean aún más indeseables.

En el caso de los abusos intrafamiliares, adonde un familiar cercano es quien abusa del niño, esta asimetría se manifiesta más marcadamente porque el niño se encuentra en una situación de dependencia y su edad y nivel de desarrollo le impiden un verdadero consentimiento (López Sánchez, 1995).

#### **4.2 Definición de Abuso Sexual Infantil**

No contamos con un concepto de abuso sexual de menores lo suficientemente preciso y aceptado por la comunidad científica. Sin embargo, existen tres criterios principales: la edad de la víctima y del agresor (en general se coincide en precisar que el agresor debe tener entre 5 y 10 años más que la víctima y esto imposibilita que el menor pueda decidir libremente); las conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima (pueden o no implicar el contacto físico); y el tipo de conductas sexuales que tienen lugar entre ambos.

De todas maneras, siempre que exista coerción (como fuerza física, presión o engaño) o asimetría de edad, las conductas sexuales resultantes serán consideradas abusivas (López Sánchez, 1995).

López Sánchez (1995) señala la definición propuesta por el National Center of Child Abuse and Neglect en 1978, y es la siguiente:

En los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño, o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor a 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando está (agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor (p.30).

Villanueva Badenes y Clemente Estevan (2002), sostienen que los abusos sexuales pueden definirse a partir de dos conceptos centrales: la asimetría de poder y la asimetría de edad (esta característica permite incluir los abusos de niños mayores a niños menores).

La OMS (1986) define que la explotación sexual de un niño implica que éste es víctima de un adulto, o de una persona evidentemente mayor que él, con fines de satisfacción sexual, y que el delito puede tomar diversas formas: llamadas telefónicas obscenas, ultraje al pudor, voyeurismo, violación, incesto, y prostitución de menores, entre otros.

El término abuso sexual se utiliza para denominar los actos abusivos e injustos de la sexualidad. No existe relación sexual apropiada entre un niño y un adulto y el acto sexual no está reducido únicamente al aspecto genital sino que abarca todos los actos en los que un adulto recibe gratificación sexual. En el abuso sexual infantil, la responsabilidad es siempre del adulto (Barudy, 1998).

La sexualidad de los niños no debe ser excitada ni explotada por los adultos, sino respetada y aceptada como suya y para ser vivida entre iguales.

Barudy (1998) realiza una clasificación, donde señala que la violencia y el maltrato pueden dividirse inicialmente en activos y pasivos. Los activos son aquellos actos que provocan daños visibles para un observador en los niños; y los pasivos son aquellos actos que fueron omitidos, la pasividad es la negligencia.

El DSM-IV incluye a la pedofilia dentro de los trastornos sexuales y de la identidad sexual, y la define bajo el siguiente criterio diagnóstico: durante un período de al menos 6 meses, fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores, con malestar clínicamente significativo y deterioro social, y en donde la persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño.

El abuso sexual infantil comprende la violación (penetración en vagina, boca o ano con el pene, dedo o cualquier objeto), el contacto genital-oral, las caricias (tocar o acariciar los genitales de otro, incluyendo la masturbación forzada para cualquier contacto sexual sin penetración), el obligar a que el niño se involucre en contactos sexuales con animales, el obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas, las

peticiones sexuales, el voyeurismo, el exhibicionismo y también la explotación infantil (Redondo Figuero y Ortiz Otero, 2005).

La violencia sexual como el abuso sexual infantil tiene como mensaje un atentado a la integridad física y psíquica de la víctima. Barudy (1998) lo llama tentativa de asesinato moral. El abuso es visible únicamente en algunos de los casos en donde hubo penetración anal o vaginal, por lo cual la detección y el diagnóstico deben realizarse a partir de indicadores indirectos y sobre todo facilitando la revelación por parte de las víctimas.

### **4.3. Clasificación de abuso sexual infantil**

La distinción primordial es determinar si el abuso sexual infantil es intrafamiliar o extrafamiliar.

Los abusos intrafamiliares son aquellos cometidos por personas que se vinculan a través de un lazo familiar con el niño. También se los llama abusos sexuales incestuosos.

Por el contrario, aquellos abusos sexuales en los que el agresor no pertenece al medio familiar del niño, se denominan abusos extrafamiliares. Los agresores pueden ser totalmente desconocidos para el niño o alguien conocido que pertenece al entorno del niño (Barudy, 1998).

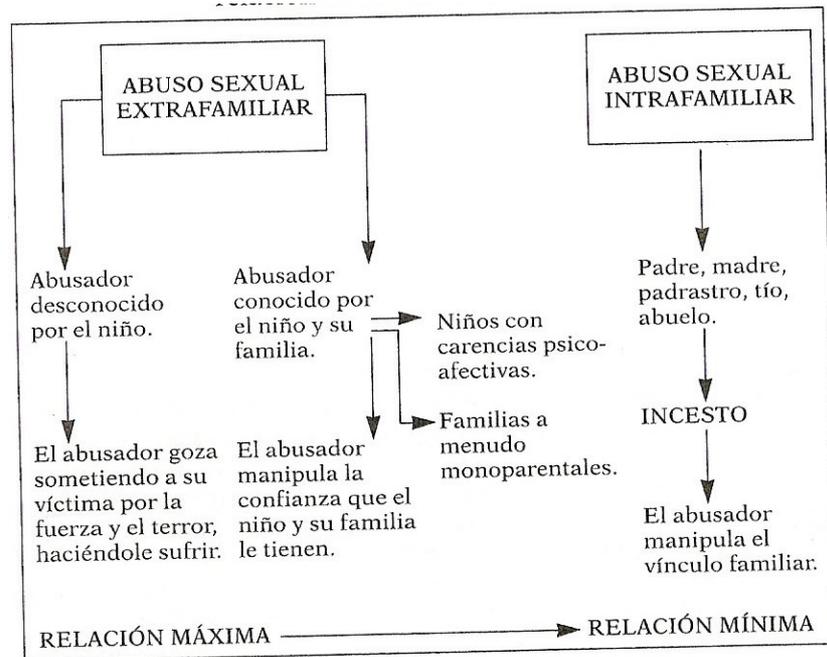


Figura 1. Diferentes tipos de abusos sexuales en niños (Barudy, 1998, p.188)

Los abusos sexuales intrafamiliares suelen producirse en un clima de terror y violencia; el abusador es uno de los miembros de la familia que manipula al niño utilizando su poder y su rol y pervirtiendo las relaciones familiares, poniendo a los niños al servicio de los adultos. Ni bien se descubren estos abusos, se modifica la dinámica familiar y se desencadena una crisis que involucra a todos los individuos pertenecientes a esa familia. El temor a las sanciones judiciales, las condenas, las separaciones, los reproches y la vergüenza compromete el sistema de defensa común, y es por esto que se ven madres que no pueden creerle a sus hijos, padres que niegan la responsabilidad, o hijos que se acusan de todo, o se desdican súbitamente.

Los secretos son guardados celosamente, y más allá de su confusión y dudas, el niño no puede imaginar cómo escaparle a un sistema del que es tan dependiente. Muchos niños callan para evitar un sufrimiento a su madre o por temor a las amenazas directas de un padre, tío o abuelo.

Los abusos extrafamiliares que son cometidos por desconocidos para el niño y la familia, la agresión sexual es violenta e intrusiva, y genera terror en las víctimas.

En los abusos extrafamiliares cometidos por conocidos del niño y la familia, la agresión sexual como tal se hace de manera dulce y solapada. Utilizan el cariño, la persuasión, la

mentira o la presión psicológica. Esta forma de presentarse ante la víctima, y cumpliendo con el papel de miembro honorario de la familia, aumenta la confusión de ésta y le impide reconocer y denunciar la situación a tiempo, provocando en ellos una inmensa sensación de culpa y vergüenza por no haberse dado cuenta (Barudy, 1998).

Otra forma de clasificación señalada por O'Donohue y Geer (1992) es según al tipo de contacto sexual:

-Abuso sexual sin contacto físico: son los casos de seducción verbal explícita; exposición de órganos sexuales con el objeto de obtener excitación o gratificación sexual; realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de obtener placer, exhibicionismo; peticiones sexuales como masturbación; voyeurismo; pornografía infantil.

-Abuso sexual con contacto físico: se produce una relación sexual con penetración, sea esta vaginal o anal, sexo oral, frotamientos, tocamientos.

#### **4.4. Violencia familiar y abuso sexual infantil**

El abuso sexual infantil es considerado una forma activa de maltrato infantil, dado que una persona impone experiencias sexuales a otra que es menor, y es clasificado en un lugar intermedio entre el maltrato físico y emocional, porque puede implicar a ambos. Se trata de una intromisión en la sexualidad infantil con el fin de obtener beneficios propios; se trata de una explotación (López Sánchez, 1995).

Por lo general un tipo de maltrato no se presenta aislado: el abuso sexual generalmente está acompañado de violencia física.

El abuso sexual infantil así como el maltrato físico y psicológico, son parte de la violencia familiar. La violencia familiar muestra la disfunción del sistema familiar, en donde la violencia es la manera de comunicación interpersonal.

Cuando ocurren situaciones de violencia, maltrato y abuso en niños y no se les permite verbalizar o reconocer los daños, es altamente probable que se expresen a través de comportamientos igualmente violentos (Barudy, 1998).

Finkelhor (1987) analiza la relación víctima-agresor y señala que lo que influye en el abuso sexual es la cercanía. Cuanto mejor se conozcan entre ellos, mayor será la duración, la intensidad, el grado de agresión sexual y las consecuencias psicológicas.

Es común que estas interacciones familiares se den en el marco de un sistema de creencias donde se justifica el abuso de poder y la violencia sobre sus víctimas. Para el abusador el acto abusivo está justificado. “En su sistema de creencias, el abuso no es abuso” (Barudy, 1998, p.28).

Aunque a priori todos los autores concuerdan en considerar el abuso sexual como una forma de violencia, a veces se produce de tal manera que hasta la misma víctima duda que la violencia haya existido. La relación de abuso sexual se aproxima a este tipo de configuración. En ella el sentimiento de vergüenza y culpabilidad de la víctima trastorna el sentido de responsabilidad. El niño queda atrapado en una telaraña relacional que poco a poco carcome su resistencia y sus posibilidades de oposición, sin embargo esto no equivale a consentimiento.

Muchos pedófilos afirman que los niños no son víctimas sino parejas voluntarias y cómplices.

Hay factores que permiten considerar como un abuso las iniciativas erótico-sexuales de un adulto con relación a un menor:

- el niño no tiene experiencias previas de lo que se le propone.
- diferencias evidentes de edad, dimensiones físicas, y desarrollo individual.
- el miembro de la pareja de mayor edad tiene un rol de poder o de control (padre, maestra, profesor, etc.).
- diferencias ligadas al rol social: uno es responsable del trabajo del otro, de las tareas escolares y así sucesivamente.
- la comunicación y los sentimientos son manipulados por aquel que tiene mayor experiencia: chantajes y enredos.
- intimidaciones y amenazas (se lo diré a tu madre, le haré daño a tu hermano); amenaza de interrumpir la relación (ya no te querré más) o con potenciarla (nunca me separaré de tu lado).

- se obliga físicamente a la víctima de los abusos también con el recurso de la violencia física y las armas.

El maltrato y el abuso emergen por lo general debido a factores que dependen de la dinámica interna familiar y de las perturbaciones en la interacción familia-medio ambiente. La familia, está en inter-relación constante con el sistema social.

Sheinberg y True (2008) incluyen el abuso sexual infantil dentro de lo que denominan trauma familiar relacional, que lo definen como aquella situación en la que la seguridad física y/o emocional de un niño fue quebrada o violada por conductas de un adulto cuidador de un niño. Equiparan la situación de abuso sexual a un divorcio conflictivo, la muerte de un padre o al hecho de ser criado por padres alcohólicos.

Hay factores socioeconómicos, psicosociales y socioculturales que facilitan la violencia y la posicionan como resultado de la organización social de la modernidad. Barudy (1998) considera que se deben enmarcar los fenómenos del maltrato infantil dentro de la modernidad como la ecología o el medio humano donde éstos emergen.

Los niños abusados se sitúan en el centro de la interrelación de tres factores:

- Factores socioeconómicos: desigualdades sociales y el lugar que ocupa el niño en la sociedad de consumo, y en la sociedad de los adultos.
- Factores psicosociales: estrés intrafamiliar, historia personal de los adultos, ecología familiar del maltrato.
- Factores socioculturales: representación del niño en las creencias y en las teorías psicológicas.

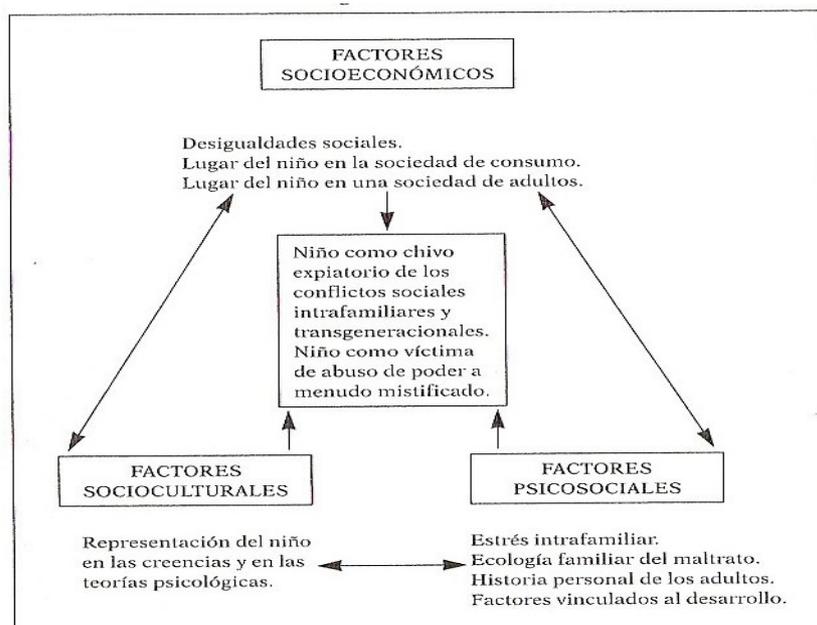


Figura 2. Ecología de los niños maltratados (Barudy, 1998, p.68)

Los niños son chivo expiatorio de los conflictos sociales intrafamiliares y transgeneracionales. Son víctimas de abuso de poder mistificado.

La causa del sufrimiento de los niños víctimas no sólo es la agresión en sí misma, sino también la reacción inadecuada de los miembros de la familia y la sociedad. Los niños que se sienten reconocidos y apoyados como víctimas tiene un mejor pronóstico que aquellos que no reciben colaboración y su experiencia es banalizada. En general, estos últimos guardan un sentimiento de inseguridad, impotencia, desprotección y desconfianza al mundo adulto, durante un plazo considerablemente mayor (Barudy, 1998).

#### 4.5. Estructura familiar de los casos de abuso sexual infantil

Como pasaje del apartado anterior, cabe destacar la propuesta de Bronfenbrenner (1987) de su modelo ecológico, que toma en cuenta los diferentes contextos en los que se desarrolla una persona considerándola integradamente, sin recortarla o aislarla de su entorno ecológico.

El Enfoque Ecológico está compuesto por:

- El *macrosistema*: es el contexto más amplio. Se refiere a las formas de organización social, los sistemas de creencias, los estilos de vida que prevalecen en su cultura o subcultura en particular.
- El *exosistema*: es la comunidad más próxima, son las instituciones mediadoras entre la cultura y lo individual: la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los organismos judiciales y de seguridad, etc.
- El *microsistema*: se refiere a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima a la persona. La familia es entendida como la estructura básica del microsistema.

La familia es un sistema complejo en interacción continua con su medio ambiente. Posee una estructura autoorganizada y jerarquizada, que presenta una organización tridimensional: biológica, social y hablante. Esta organización se refiere a los tipos de relación que existen entre las partes del sistema, los cuales determinan su identidad y su pertenencia. La finalidad biológica de una familia es crearse, mantenerse y reproducirse como un organismo viviente.

El conjunto de los componentes de un sistema constituye su estructura. Son los componentes que realizan en un momento específico una unidad concreta de un tipo determinado. La familia es un conjunto de miembros que a través de interacciones se agrupan en subsistemas (parental, conyugal, fraternal, etc.).

El cambio de la estructura familiar de la familia extensa a la familia nuclear, con la consiguiente delegación exclusiva en los padres de ocuparse de regir el desarrollo y la práctica de la sexualidad en la familia obstaculiza la posibilidad de introducir cambios en las conductas y las creencias de las familias que ejercen abusos sexuales (Barudy, 1998).

Se debe articular el nivel INDIVIDUAL –el niño y sus características, y los padres con su historia personal-, con el nivel SOCIAL –la familia inmersa en un sistema productivo, con redes de apoyo deficitarias, un alto número de hijos con escaso espacio intergenésico o a familias monoparentales-, todo ello articulado en un nivel CULTURAL –con determinados patrones de tolerancia a la violencia, pautas de educación, roles genéricos estereotipados- que enmarcan un estilo de familia (Belsky, 1980).

Es así que una familia inmersa en una sociedad capitalista industrializada basada en los valores del consumo, que se ve amenazada por el desempleo, los niños pueden ser vistos como una carga, o un obstáculo. La plasticidad de la estructura familiar para hacer frente al drama de sus niños es fundamental para una buena evolución y pronóstico del tipo de experiencias de abuso sexual (Barudy, 1998).

Las familias sexualmente abusivas se caracterizan por presentar fronteras y roles familiares poco claros y mal definidos. Las historias familiares son incoherentes, las jerarquías, los sentimientos y los comportamientos son ambiguos, y los límites entre la afectividad y la sexualidad no son consistentes. La estructura familiar no es segura para el niño y todo gesto puede dar lugar a malentendidos imprevisibles (Barudy, 1998).

#### **4.6. Características del abusador**

Los abusadores sexuales infantiles -también llamados pedófilos por atentar contra la integridad física, psicológica y moral de un niño- presentan por lo general trastornos en su proceso de individuación. No pudieron llegar a ser adultos maduros a nivel psicosocial o relacional; no pudieron ser sujetos autónomos y diferenciados capaces de participar de relaciones equilibradas y sanas con pares, dado que recibieron presiones de fuerzas centrípetas (seducción, secretos, culpabilización) que obstaculizaron su proceso de individuación integrada (Barudy, 1998).

Asimismo, por lo general son sujetos traumatizados en sus vivencias subjetivas, autoestima e identidad por experiencias de carencias biopsicorrelacionales graves y prolongadas, o por experiencias de violencia, maltrato o abuso sexual. Guardan sentimientos de miedo, odio, o de fascinación por la fuerza y el poder, y tienen la tendencia a revivir sus experiencias a través de sus víctimas, cosificando a otros seres humanos, especialmente a aquellos con los que se encuentran en una relación de superioridad (Barudy, 1998).

Por otra parte, los abusadores experimentan con gran angustia sus separaciones afectivas. Son vividas con mucha tensión, y por lo general son un factor importante que desencadena el hecho de pasar al acto. Esta característica se puede explicar por la frágil identidad que poseen, que les impide hacer un duelo sano. Casi todos los abusadores

tienen una representación de la masculinidad trastornada, caracterizada por atributos de poder, fuerza y dominación (Barudy, 1998).

Los abusadores implicados son principalmente del sexo masculino, y generalmente evitan las relaciones sexuales con los adultos y cuando las realizan se sienten insatisfechos o se excitan con fantasías pedófilas. Pueden identificarse de una manera perversa con los niños. Suelen elegir como víctimas a niños que presentan carencias sociopsicoafectivas.

Hay una representación social y casi un mito instalado de que las personas que cometen abusos sexuales son personas enfermas, sádicas, perturbadas, desconocidos de la familia y de los niños.

Sin embargo, diversas investigaciones demuestran que en más de un 80% de los casos de abuso sexual, son cometidos por personas conocidas por el niño y la familia.

Otro mito es que el incesto es propio de las familias de bajos recursos socio-económicos. Las investigaciones demuestran que hay una mayor detección en estas capas sociales que se explica por el control exacerbado sobre los más pobres.

Además, la concepción patriarcal de la familia juega un rol fundamental en el aprendizaje de la sumisión y la obediencia a la autoridad del hombre, por lo cual los niños están habituados a considerar su sumisión como algo normal (Barudy, 1998).

Los agresores son casi siempre varones adultos de mediana edad, aunque existe también un porcentaje de mujeres, y por lo general eligen víctimas del otro sexo. Estudios de otros países revelan que hay un alto número de adolescentes que también son agresores (López Sánchez, 1995).

El agresor intrafamiliar, manipula al niño utilizando su poder y su rol, pervirtiendo las relaciones familiares, poniendo a los niños al servicio de los adultos. Hay una cosificación sexual del niño (Barudy, 1998).

Barudy (1998) distingue dos tipos de abusadores pedófilos: los obsesivos y los regresivos.

-Los pedófilos obsesivos abusan de varios niños diferentes y presentan una compulsión crónica y repetitiva hacia el acto de abusar. Están casi siempre implicados en situaciones de abuso extrafamiliar. Están convencidos de que sus gestos son positivos y hasta necesarios para el desarrollo afectivo y sexual de los niños, por lo cual abusan sin vergüenza ni remordimiento. Tienen una fijación sexual sobre el cuerpo de los niños, mistificada por un discurso de amor por ellos. Por lo general este tipo de pedófilos fue víctima de un proceso de pedofilización familiar por parte de algún miembro de su familia.

-Los pedófilos regresivos se transforman en pedófilos en un momento de crisis existencial que cuestiona sus representaciones viriles (como sentimientos de angustia, anomia, impotencia, conflictos conyugales, etc.). La pedofilia es la consecuencia de una crisis de identidad. Los abusos cometidos por este tipo de abusadores son por lo general intrafamiliares, y la reincidencia es escasa. El acto abusivo tiene como función salvar la pseudoidentidad del sujeto, y es un ritual perverso y abusivo.

#### **4.7. Características de los niños abusados. Sintomatología más común con la que se presentan.**

La pubertad es el período en el que los niños y niñas son más vulnerables, pero los abusos sexuales pueden darse a cualquier edad.

Los abusos sexuales infantiles son una intromisión en la sexualidad infantil que pueden tener graves consecuencias emocionales y sociales como la pérdida de incondicionalidad del apego, desconfianza, estigmatización, socialización sexual traumática, confusión de roles familiares, entre otros. Los abusos sexuales conllevan con frecuencia numerosos efectos negativos a corto y largo plazo (López Sánchez, 1995).

En todas las situaciones en las que un niño se ve privado de los cuidados o estos son sustituidos por hostilidades y perversiones, quedará dentro de él un candente cuestionamiento sobre el porqué eso tuvo que tocarle precisamente a él.

Los efectos de la traumatización se manifiestan rápidamente una vez comenzado el abuso, y la víctima a pesar del sufrimiento, mantiene una distancia emocional con respecto al abusador. Más tarde, el grado de manipulación afectiva del abusador y sus prescripciones logran hacer desaparecer la distancia con su víctima y ésta ya no tiene la posibilidad de reconocerse como tal, cambiando poco a poco la imagen de sí misma considerándose la sinvergüenza o la mala.

Al respecto, se ha observado una estrecha relación entre el abuso sexual infantil y el trastorno por estrés postraumático. Los trastornos disociativos han sido relacionados con experiencias de abuso (Martínez Taboas, 1997).

Los niños desarrollan muchas veces mecanismos defensivos que les permiten sobrevivir. Entre ellos se encuentra el Mecanismo de Disociación, a través del cual se produce una alteración en el estado de la conciencia: pensamientos, sentimientos y experiencias no son integrados a la conciencia ni a la memoria del individuo de la manera que normalmente sucede.

Intebi (1998) señala que este mecanismo es el que le permite a la víctima convivir y sobrevivir a la situación traumática conservando una adaptación al medio aparentemente normal. Es riesgoso cuando ante la cronicidad de los hechos traumáticos este mecanismo se activa, no ya para proteger al sujeto en situación de riesgo sino ante cualquier circunstancia que implique conflicto o angustia, sin tener en cuenta la magnitud ni las características del problema.

El grado de sufrimiento de las víctimas está en relación directa con el contexto y el contenido de la agresión, y la reacción de los familiares frente a la novedad del abuso (Barudy, 1998).

Los indicadores de abuso sexual más comunes son dificultades al andar o al sentarse, dolor o picazón en los genitales, conductas o frases sexuales inapropiadas para su edad, pesadillas, conductas agresivas, excesiva obediencia y deseo de complacer a los demás, desconfianza hacia los adultos, prostitución y sentimientos de culpa (Villanueva Badenes y Clemente Estevan, 2002).

Otros síndromes que pueden aparecer son trastornos de la atención y de la memoria, reacciones fóbicas frente a situaciones que evoquen el contenido de lo vivido, trastornos del sueño y excitación psicomotriz (Barudy, 1998).

Finkelhor y Browne (1985) señalan los sentimientos de impotencia, traición, sexualización traumática y estigmatización como aquellos que invaden el mundo interior de quien ha sufrido en la infancia un trauma sexual.

La mayor parte de las víctimas ofrece resistencia, pero es importante el número de quienes no reaccionan al principio. A medida que aumenta la edad, los niños tienen un rol menos pasivo. La resistencia es mayor ante las formas más implicativas de los abusos sexuales, como es el caso del coito vaginal, por ejemplo (López Sánchez, 1995).

La depresión infantil es la patología más claramente relacionada con los abusos sexuales. En segundo lugar se encuentran los sentimientos de estigmatización, aislamiento, marginalidad y pérdida que disminuyen la autoestima. Ansiedad, tensión y dificultades en los hábitos alimenticios también están asociadas al abuso sexual infantil (López Sánchez, 1995). La vivencia crónica de desamparo y de vergüenza, gestada en el sentimiento de impotencia frente al abuso es muy común también (Barudy, 1998).

Los efectos a largo plazo del abuso sexual infantil, son difíciles de estudiar por la influencia de otros factores relacionados o no con el abuso sexual.

Un estudio realizado por Briere y Runtz (1988) consistente en un autoinforme sobre contactos sexuales experimentados por el cliente antes de los 15 años e iniciados por alguien que tuviera cinco años más de edad, muestra que de las 152 personas evaluadas, el 44% de los sujetos había sufrido abusos y el 39% de éstos sigue relacionando el sufrimiento que tiene en la actualidad con la experiencia del abuso. Entre los síntomas más relevantes se encontraron: sentimientos de disociación, problemas de sueño, sentimientos de alienación, dificultades sexuales, cólera y tensión (López Sánchez, 1995).

Bentovim y otros (1988) proponen diferenciar los síntomas de acuerdo con la edad de las víctimas:

- En preescolar (3 a 5 años): somatizaciones, regresiones, sexualización de la conducta, retraso en el desarrollo de habilidades motoras, problemas en el sueño, lenguaje retrasado o poco comprensible, atención lábil, miedo, ansiedad, apatía y poco interés.
- Entre los 6 y 12 años: baja autoestima, problemas escolares, problemas con el sueño, reacciones psicósomáticas, dolor abdominal, sexualización de la conducta, encopresis secundaria, síndrome post-traumático (pensamientos e imágenes intrusivas, recuerdos no deseados, estados hiperalertas), ansiedad, miedo, desconfianza a los adultos, agresividad.
- Adolescentes: baja autoestima, huida de casa, depresión, embarazo, automutilaciones, agresividad, aislamiento, trastornos de la conducta alimentaria, consumo de drogas y/o alcohol, promiscuidad, síndrome post-traumático (flashbacks de sensaciones e imágenes desagradables e irruptivas), vergüenza, culpa, humillación, acting out.

#### **4.8. Datos estadísticos, estudios empíricos anteriores**

Según una investigación realizada con datos de Inglaterra, Canadá y Estados Unidos, el 20% de las mujeres adultas y el 10% de hombres adultos dicen haber sido víctimas de abuso sexual en su infancia (Finkelhor, 1986). Las niñas son con mayor frecuencia las víctimas de abuso (Browne y Finkelhor, 1986).

El 18,9% de las personas estudiadas por López (1994) en España, manifestaron haber sido abusadas durante su infancia. En los varones este porcentaje fue del 15,2% y en las mujeres del 22,5%.

La incidencia anual de abuso sexual infantil en España es del 0,5%, y se supone que sólo se denuncia el 10% de los casos reales (Redondo Figuero y Ortiz Otero, 2005).

Diversas investigaciones muestran que los autores de abuso sexual infantil son en más de un 80% adultos conocidos por el niño y muchas veces miembro de su familia (Barudy, 1998). La mayoría de los agresores son figuras paternas (38,04%), miembros de la familia extensa (29,19%) o conocidos de la víctima (17,7%) (Pereda, Polo, Grau,

Navales, y Martínez, 2007). En el 94% de los casos estudiados por Barudy (1998) los abusadores son varones.

Barudy (1998), en base a la práctica clínica, sostiene que el mito generalizado de que el incesto es propio de las familias social y económicamente más desfavorecidas, es falso. Es real que se detectan más casos en familias de bajos recursos; esto se debe al control que existe sobre éstas, y a que en las familias más favorecidas, se guarda mejor el secreto y el adulto abusador se encuentra más protegido.

La mayoría de las personas que se acercan en busca de ayuda en los casos de abusos sexuales infantiles son figuras maternas (50,93%), o profesionales relacionados con las víctimas de alguna manera (32,20%) (Pereda et al.).

En un trabajo realizado en España en base a los primeros meses de funcionamiento de una unidad funcional de abusos a menores en un hospital público, se encontró que la principal vía de llegada fue la familia, en especial la madre (34%), en segundo lugar la sospecha de un profesional, principalmente un médico (27%), y el juzgado en un 11%. En cuanto a la forma de conocimiento del abuso sexual infantil, se pudo constatar que esto se debió en un 50% de los casos al relato del niño, en el 17% a indicios físicos, en el 14% a indicios de anomalías en el comportamiento, en el 11% por indicios sociales, el 6% por la existencia de un ambiente de abuso, y el resto de los casos por descubrimiento en el acto (Pou et al., 2001).

Según Villanueva Badenes y Clemente Estevan (2002), está claro que por lo general en todas las naciones y por conocimiento popular, la infancia se reconoce como una época de inmadurez a la que hay que proteger. Asimismo, señalan que la violencia contra la infancia ejercida por otros humanos es mucho más frecuente de lo que inocentemente se podría pensar, y es por eso que a lo largo del siglo XX los legisladores se han preocupado y han intentado concientizar a los ciudadanos sobre los derechos y las necesidades de los niños y niñas; y acerca de las consecuencias psicológicas que este maltrato acarrea.

Según López Sánchez (1995) los estudios más realistas acerca de la frecuencia de los abusos sexuales infantiles se basan en autoinformes de adultos, dado que la mayoría de los casos no son denunciados en el momento en el que suceden. Estos estudios están

basados en el supuesto de que los abusos sexuales suelen dejar un recuerdo imborrable a través de los años y tienen claras limitaciones como una amenaza a la representatividad de la muestra, deseabilidad social de las respuestas e interpretación de las respuestas.

En la asociación española FADA destinada al asesoramiento, atención y formación en el abuso sexual infantil, el 44,86% de los 593 casos estudiados por Pereda et al. corresponden a mujeres adultas, con lo cual se constata que el abuso sexual infantil acarrea consecuencias psicológicas a largo plazo.

La frecuencia de los abusos depende en gran medida de las diferencias conceptuales como contacto y no contacto, por ejemplo. Además de otros factores como que la mayor parte de los adolescentes que han participado voluntariamente en conductas sexuales con adultos no se consideran víctimas.

Los tocamientos, ya sea por encima o por debajo de la ropa, son la categoría de abuso sexual más frecuente, del 64,39% de los casos estudiados por Pereda et al. . De estos mismos casos, la penetración vaginal conforma el 9,27%, el 3,41% lo conforman las masturbaciones y el 3,41 % la penetración anal. Los abusos sin contacto físico como exhibicionismo también conforman el 3,41 % de los casos estudiados.

En un relevamiento de casos de maltrato infantil en niños concurrentes a escuelas especiales de la secretaría de educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se encontró que el 26% de las escuelas relevadas detectó casos de violencia infantil, de los cuales el 4% correspondía a abuso sexual infantil; el 3% son los casos de abuso sexual con evidencia de ocurrencia (Bringiotti, 2007).

Otro estudio realizado sobre población adulta de la provincia de Buenos Aires, demuestra que la representación social del abuso sexual infantil ha variado poco en el lapso 1998-2003. Esto es de especial importancia dado que la respuesta social ante el abuso sexual infantil es decisiva en función de proteger o agravar la traumatización sufrida, y la representación social es la base sobre la cual recae la respuesta social. Se tiende a atribuir problemas psiquiátricos al abusador en un 60% de los encuestados, y se los supone hombres (77% de los encuestados). Además, el 90% de los encuestados tiende a visualizar que el abuso sexual infantil ocurre en una relación familiar o de conocimiento niño-agresor. El 43% considera el abuso sexual más frecuente en la franja

etaria 2-10 años, y si bien el 67% considera que las víctimas pueden pertenecer a cualquiera de los dos géneros, los que optaron por una sola respuesta, lo hicieron en un 28% por niñas mujeres abusadas y sólo un 4% por niños varones abusados. (Capacete, Nogueira, Gigena, y Tedaldi, 2005).

La memoria 2002-2004 del servicio de pediatría del Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón (H.I.G.A.) señala que el diagnóstico de “maltrato infantil / abuso sexual” fue del 1,5 % del total de casos recibidos en este período de tiempo, equiparable al 1,4% recibido de casos de deshidratación o 1,9% de casos de intoxicación.

También señala que de los casos atendidos por guardia, los referentes a “maltrato infantil / abuso sexual” son el 4% del total de casos recibidos. Meningitis, infecciones urinarias, abdomen agudo, mastoiditis, y artritis séptica también conforman el 4% cada uno.

## **5- MÉTODO**

### **5.1. Participantes**

Se compone por 27 niños, 9 varones y 18 mujeres, ubicados en una franja etaria de 2 a 13 años, habitantes de la provincia de Buenos Aires, que fueron atendidos en el Hospital por abuso sexual infantil .

### **5.2. Instrumento**

Se confeccionó una planilla de base de datos, basada en las historias clínicas del Hospital del área de psicología del servicio de pediatría, de los casos de abuso sexual infantil .

### **5.3. Procedimiento**

Se estudiaron las historias clínicas de los casos de abuso sexual infantil atendidos en el Hospital y se realizó un estudio descriptivo de los mismos.

Se tomó como criterio de inclusión de las historias clínicas, a aquellos pacientes que ingresaron al servicio , aunque sigan en tratamiento actualmente y aunque hayan sido dados de alta. Son 27 casos.

Se llevó un registro de los datos a evaluar de cada historia clínica: tipo de abuso sexual, derivadores de cada caso, composición familiar, sintomatología, género y edad de los pacientes; y se volcaron los resultados en una planilla de Excel.

## **6- RESULTADOS**

Ver planilla de resultados en ANEXO 1, página 36.

El total de casos atendidos en el área de psicología del servicio de pediatría fue de 98 (noventa y ocho) casos, de los cuales 27 (veintisiete) fueron por abuso sexual infantil, es decir, el 27,55% de los casos.

Los resultados obtenidos sugieren que el abuso sexual infantil es muy frecuente en nuestro país. Este resultado es significativamente mayor al obtenido por López (1994) en España correspondiente al 18,9% del total de las personas estudiadas.

### **6.1. Tipo de abuso sexual**

Para responder al objetivo específico que intenta evaluar la frecuencia del tipo de abuso sexual infantil (intrafamiliar / extrafamiliar) se calculó el porcentaje correspondiente a cada tipo, sobre el total de 27 casos de abuso sexual infantil estudiados. Se encontró que la proporción es 74% intrafamiliar (n = 20) y 26% extrafamiliar (n=7).

Los resultados obtenidos en el trabajo realizado en el Hospital, convergen con las opiniones de los autores consultados que sostienen que el 80% de los casos de abuso sexual infantil son intrafamiliares. Del total de los casos analizados en este trabajo, el 74% corresponde a casos de abuso intrafamiliar.

### **6.2. Datos sociodemográficos**

Con el fin de responder al objetivo específico que propone describir el género y la edad de los niños abusados, se calculó el porcentaje de niños perteneciente a cada género y el porcentaje perteneciente a tres franjas etarias: menores de 5 años, 5 a 10 años y mayores de 10 años.

Con respecto al género, se constató que el 33,3% (n=9) fueron niños varones y el 66,6% (n=18) fueron niñas mujeres.

En cuanto al rango de edad, los menores de 5 años fueron el 63% (n=17); de 5 a 10 años, el 25,9% (n=7); y el 11% de niños mayores de 10 años (n=3).

Los 27 casos de abuso sexual infantil analizados pertenecían a niños que habitaban en la provincia de Buenos Aires.

En cuanto a los datos sociodemográficos, llama la atención que la franja etaria de niños mayores de 10 años sea tan poco significativa: sólo el 11% de los casos. No se debe olvidar que el estudio se realizó dentro del servicio de pediatría, por lo cual probablemente los adolescentes sean atendidos directamente en centros de atención de personas adultas. Para los autores consultados, la pubertad es el período en que los niños y niñas se encuentran más vulnerables frente al abuso, pero en el estudio realizado acerca de la representación social del abuso sexual infantil, el 43% considera que la franja etaria más frecuente de niños abusados es de 2 a 10 años .

En cuanto al género de las víctimas de abuso sexual infantil analizados en el Hospital, el 66,6% de los casos fueron niñas; mientras que el 33,3% de los casos fueron niños. Este resultado también converge con las investigaciones citadas de Browne y Finkelhor, que determinaron que las niñas son las de mayor frecuencia en casos de abuso sexual.

### **6.3. Violencia familiar**

A propósito de responder el objetivo específico de evaluar la presencia de violencia familiar en las familias de los niños abusados, se calculó el porcentaje respecto al total de casos analizados. El 59,3% (n=16) no presentaba violencia familiar en sus hogares pero el 40,7% (n=11) sí lo presentaba.

En lo que se refiere a la presencia de violencia familiar, si bien la bibliografía y estudios anteriores acuerdan en que por lo general los abusos sexuales infantiles se dan junto con violencia familiar, en nuestra investigación el porcentaje que presenta ambas situaciones (abuso sexual y violencia familiar) fue sólo del 40%.

#### **6.4. Derivadores**

Para responder al objetivo específico que busca analizar los derivadores de los niños en situación de abuso sexual infantil (pediatras, maestras, familiares, judicial), se calculó la proporción de cada uno de los tipos de derivadores respecto del total de niños atendidos.

El 33,3% (n=9) fueron derivados por alguien del entorno familiar, el 29,6% (n=8) por miembros del equipo médico, el 29,6% (n=8) por intervención judicial, y el 7,4% (n=2) por otros no especificados.

Estos valores proporcionales difieren significativamente del estudio realizado por Pereda et al. (2007) que señalan un 50,93% de derivación familiar.

Sin embargo, estos valores se encuentran próximos a los hallados por Pou et al. (2001) que señalan que el 34% de los niños fueron derivados por la familia y el 27% por profesionales, en especial médicos.

Del análisis de los derivadores, sorprende que ninguno de los casos haya sido derivado desde la escuela, y que sean sólo 9 los niños (33,3%) derivados por familias, porcentaje casi equiparable a las derivaciones médicas y judiciales. Indirectamente esto indicaría que todavía sigue vigente el no denunciar y no declarar los abusos sexuales infantiles, tal cual lo establece López Sánchez (1995) en los estudios ya citados.

#### **6.5. Composición familiar**

Con el fin de responder al objetivo específico que propone describir la composición familiar de los niños abusados, se discriminó el porcentaje de niños que convivía con ambos padres, el que lo hacía con uno solo de los progenitores y el que convivía con otro no especificado. Además, se diferenció el porcentaje de niños que tenía hermanos de los que eran hijos únicos.

El 51,8% (n=14) de los niños convive con ambos padres, mientras que el 44,4%(n=12) lo hace con un solo progenitor y el 3,7% (n=1) convive con otro no especificado.

El 70,4% (n=19) tienen de 1 a 5 hermanos y el 29,6% (n=8) no tiene hermanos.

La composición familiar está equitativamente distribuida entre los niños que conviven con ambos padres y los que lo hacen con uno solo de ellos.

## **6.6. Sintomatología**

En respuesta al objetivo específico que propone describir la sintomatología con la que se presentaron los niños abusados, se discriminó el porcentaje de casos que se presentaron con el diagnóstico médico de abuso sexual infantil de aquellos casos que se presentaron con sintomatología y sospecha de abuso sexual infantil. Asimismo, de los casos de sospecha, se estableció el porcentaje correspondiente a cada cuadro sintomatológico.

De los 27 casos analizados, el 51,8% (n=14) se presentaron al servicio con diagnóstico médico de abuso sexual infantil confirmado y el 48,1% (n=13) se presentaron con sintomatología y sospecha de abuso sexual infantil, pero no confirmado.

De los 13 casos de abuso no confirmado, el 46,1% (n=6) eran niños que presentaron una conducta sexualizada; el 38,4% (n=5) eran niños que denunciaron haber sido abusados; y el 7,7% (n=1) con enuresis; y el 7,7% (n=1) con un cuadro de anorexia avanzada.

La sintomatología más destacada en los casos estudiados es la presencia de conductas sexualizadas. Esto refuerza la postulación de Villanueva Badenes y Clemente Estevan, que señalan a la conducta sexualizada como el indicador más común de abuso sexual.

Bentovim y otros (1988), identifican a la conducta sexualizada como uno de los síntomas más característicos de los niños de 3 a 12 años (el 96,3% de nuestros casos).

En el estudio realizado por Pou et al. (2001), el 50% de los casos fue descubierto por la denuncia explícita de los niños abusados y el 14% fue por indicios de anomalías en el comportamiento.

### 6.7. Análisis de resultados

GÉNERO	66,6% mujeres	33,3% varones		
EDAD	63% < 5 años	25,9% 5 a 10años	11% >10 años	
TIPO ABUSO	74% intrafam.	26% extrafamiliar		
DERIVADORES	33,3% familiar	29,6% médicos	29,6% judicial	7,4% otros
COMPO. FLIAR.	51,8% vive c/ 2 padres	44,4% vive con 1 padre	3,7% otros	
VIOLENCIA	59,3% no presencia	40,7% presencia		
SINTOMATOL.	46,1% cond.sexual.	38,4% denuncia del niño	7,7% enuresis	7,7% anorexia

Tabla1. Resultados.

## 7- CONCLUSIÓN

En el presente trabajo se realizó una descripción detallada de los casos de abuso sexual infantil tratados en un hospital interzonal de agudos. Se pudo acceder a los datos de manera directa y transparente. En esta tarea fue de especial importancia el rol de la Lic. Nora Gelassen, jefa del área de psicología del servicio de pediatría y supervisora directa de la pasantía, que facilitó el acceso a la información y alentó la realización de esta investigación.

Se decidió tomar como muestra un año calendario de casos atendidos.

Cuantificar y sistematizar los datos de abuso sexual infantil del Hospital será un aporte importante para la institución, dado que si bien hay estadísticas, éstas son muy globales e inespecíficas: en la memoria 2002-2004 del hospital, tanto maltrato infantil como abuso sexual se encuentran equiparados en la misma categoría diagnóstica.

En la mayoría de la bibliografía consultada se señala la falta de datos como un impedimento fundamental; esto se debe principalmente a la falta de denuncias de dichos casos. Este problema se repitió en el presente trabajo.

En este estudio de niños de la provincia de Buenos Aires, el 27,55% de los niños recibidos en el área de psicología del servicio de pediatría del Hospital fueron víctimas de abuso sexual; en el estudio realizado por López (1994) en España el 18,9% de la población reconoce haber sido abusada. Esto quiere decir que estamos muy lejos del prejuicio de que son unos pocos casos aislados los de abuso sexual infantil, y nos enfrentamos a un problema de gran envergadura y expansión.

El 74% de los casos analizados fueron abusos de tipo intrafamiliar, y probablemente sean aún más casos, si consideráramos a los no denunciados. Como señala Barudy (1998), el temor a las sanciones judiciales, las separaciones, los reproches y la vergüenza son motivos para no denunciar los abusos sexuales y banalizar las situaciones. La confusión de los familiares, las dudas y el impacto de la situación de abuso en la familia aumentan significativamente la culpa y la vergüenza de las víctimas, y es esta es la más grave de las consecuencias de ocultar los abusos.

Sólo el 33,3 % de los casos analizados fueron derivados por familiares; esto quizás se deba a que la presencia de un abuso sexual infantil en la familia genera una gran crisis, como ya dijimos.

También es importante, y cabe destacar como limitación de la presente investigación, que desconocemos cómo y por quién arribó en primer término el niño al médico, que luego lo derivó al área de psicología infantil. Sería interesante analizar esta información y evaluar a quién se recurre en un primer momento, al tomar conocimiento de una situación de abuso infantil.

Las cifras de abuso sexual infantil encontradas dependen esencialmente de la metodología de investigación empleada. Es diferente investigar con datos de entrevistas directas a niños que realizar encuestas a padres o preguntar a adultos acerca de sus recuerdos infantiles. La mayoría de las investigaciones consultadas dependían de autoinformes de personas adultas acerca de la historia sexual infantil, y este trabajo de investigación se diferenció centrándose en buscar datos de fuentes directas como son las historias clínicas de un hospital.

La práctica profesional permitió una interiorización con la clínica psicológica, y poder evaluar y dejar de lado prejuicios que se tenían respecto al tema “abuso sexual infantil”. Personalmente, creí que el porcentaje de casos de abuso sexual infantil era menor; veía como enfermos o psicópatas a los abusadores; sostenía y hubiera defendido la postura de que si los abusos ocurrieran en una familia todos los miembros se enterarían rápidamente; también pensaba que afectaban solamente a las mujeres y que por lo general eran cometidos por personas ajenas al círculo familiar.

Luego de la investigación, puedo afirmar por propia experiencia que es necesaria una concientización social de la problemática, con mayor cantidad de información masiva y sencilla acerca de qué hacer frente a una situación de este tipo, trabajar interdisciplinariamente y sensibilizar a los profesionales que traten con niños y a la población en general para detectar a tiempo las situaciones de abuso sexual, para evitar que la situación se oculte y permanezca bajo un manto de silencio por varios años.

Hay que facilitar que se verbalicen y reconozcan las situaciones de abuso así como se debe brindar apoyo y contención a las víctimas, ya que como señala Barudy (1998) es

altamente probable que aquellas víctimas que no logren verbalizar el abuso se comporten de manera violenta similar en el futuro.

Es un deber de toda la sociedad proteger a los niños de los abusos sexuales. La causa del sufrimiento de las víctimas no es sólo la agresión sino también la reacción inadecuada de los otros cercanos.

Aún en el 2007 se siguen encontrando casos terribles como los detectados en la antigua Grecia o en Roma, adonde no había una concepción de la infancia como la que sí tenemos en la actualidad.

Ya han pasado 50 años desde la declaración de los derechos del niño; sería bueno que nos ocupáramos de que estos se cumplan y respeten. Para ello es necesario un mayor compromiso del Gobierno, principalmente, y de la sociedad toda para que se denuncien y eviten más casos de abuso sexual infantil.

Como futuras líneas de investigación, considero que sería de gran utilidad realizar este estudio en otros hospitales generales de otras zonas de la provincia de Buenos Aires y del resto del país.

Asimismo considero que sería importante realizar esta misma investigación en clínicas privadas, para poder avanzar en el discernimiento de la incidencia de los factores socioeconómicos y socioculturales. Además, sería fundamental abarcar otros servicios con atención a adolescentes y adultos para continuar la incidencia en las diferentes franjas etarias.

Sería interesante poder hacer una investigación similar referida a otro tipo de diagnósticos, tales como trastornos generalizados del desarrollo, o déficit atencionales; así como replicar esta misma investigación para los casos de abusos sexual infantil consultados durante el 2008-

## 8- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Badinter, E. (1991). *Existe el amor maternal*. Buenos Aires: Paidós
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Paidós
- Bringiotti, M.I. (2007). Maltrato infantil. Relevamiento de casos en niños concurrentes a escuelas especiales de la secretaría de educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, *Jornadas UBA 2007*
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*, Barcelona: Paidós
- Capacete, L., Nogueira, S., Gigena, A., & Tadaldi, M. (2005). Representación social del abuso sexual infantil, *jornadas UBA 2005*
- De Mause, LL. (1982) *Historia de la infancia*, España: Alianza Universidad
- <http://derechosdelniño.com/en-argentina.html>
- Intebi, I. (1998) *Abuso Sexual Infantil, en las mejores familias* Buenos Aires: Granica
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*. Madrid: Ministerios de asuntos sociales.
- Lopez Sanchez, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones
- Pereda, N., Polo, P., Grau, N., Navales, N. & Martínez, M. (2007). Víctimas de abuso sexual en la infancia. Un estudio descriptivo, *Revista d'estudis de la violencia*, 1, 2-10.
- Pou, J., Ruiz, A., Comas, L., Petitbó, M., Ibáñez, M., & Bassets, J. (2001). Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores, *An Esp Pediatr*, 54, 243-250
- Redondo Figuero, C. y Ortiz Otero, M.R. (2005). El abuso sexual infantil, *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León*, 45, 3-16

Sheinberg, M. & True, F. (2008). Treating relational trauma: A recursive process using a decision dialogue, *Family Process*, 47, N°2, 173-194

Vega, E. (2008). Situaciones clínicas con niños que han sufrido daños. En Fernandez-Alvarez, H. (Ed.). *Integración y salud mental, el proyecto Aiglé 1977-2008* (pp. 203-242) Bilbao: Desclée de Brouwer

Villanueva Badenes, L. y Clemente Estevan, R.A. (2002). *El menor ante la violencia, procesos de victimización*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.





