



FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS y NATURALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

TESINA PRESENTADA PARA OBTENER  
EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

“IDENTIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL  
MOMENTO DE VALORAR LOS INDICADORES ESPECÍFICOS E INESPECÍFICOS  
DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN EL AREA PROGRAMÁTICA, GENERAL PICO.  
AGOSTO 2009”

Nelci Aguirre

SANTA ROSA (LA PAMPA)

ARGENTINA

2012

*A la memoria de mi padre, Julián Aguirre quién con su honestidad, humildad y sacrificio me enseñó a luchar en la vida.*

**INDICE**

<b>Temas</b>	<b>N° de página</b>
<b>Índice</b>	<b>I</b>
<b>Prefacio</b>	<b>III</b>
<b>Resumen</b>	<b>IV</b>
<b>Abstract</b>	<b>V</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Desarrollo</b>	<b>3</b>
<i>Revisión Histórica</i>	<b>3</b>
<i>El vínculo entre el Psicoanálisis y las historias de abuso sexual en la niñez</i>	<b>4</b>
<i>La Participación de las Enfermeras en la Investigación: Del pasado al Presente</i>	<b>6</b>
<i>Florence Nightingale</i>	<b>7</b>
<i>Investigación en Enfermería: de 1900 a finales de la década de 1970</i>	<b>7</b>
<i>Conocimientos necesarios al valorar abuso sexual infantil</i>	<b>9</b>
<i>El Incesto</i>	<b>11</b>
<i>Conceptos básicos a tener en cuenta: Violación/Pedofilia/ Explotación sexual infantil/Abuso sexual infantil/Victima</i>	<b>12</b>
<i>Principales Características del Fenómeno: Invisibilidad/ Secreto/Confusión/Violencia/Amenazas/ Retracción/ Responsabilidad/ Síndrome de Acomodación / Perfil del victimario</i>	<b>13</b>
<i>Mitos y realidades del abuso sexual infantil</i>	<b>19</b>
<i>Indicadores Específicos e Inespecíficos del Abuso Sexual Infantil</i>	<b>20</b>
<i>Epidemiología</i>	<b>25</b>
<i>Aspectos legales</i>	<b>28</b>
<b>Objeto del Trabajo</b>	<b>31</b>

<b>Materiales y Métodos</b>	<b>32</b>
<b>Análisis y Resultados</b>	<b>34</b>
<b>Discusión y Conclusiones</b>	<b>46</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>48</b>
<b>Apéndices</b>	<b>49</b>

## **Prefacio**

Esta Tesina es presentada como parte de los requisitos para optar al Grado Académico de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de la Pampa y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en ésta Universidad ni en otra Institución Académica. Se llevó a cabo en el Hospital Gobernador Centeno y Centros de Salud dependientes del Área Programática de General Pico, La Pampa durante el mes de Agosto del año 2009. Ha sido realizada gracias al apoyo brindado por personas que me ayudaron a sortear dificultades en cada momento.

Agradezco a Dios que me ofrece maravillas cada día y una de ellas es ésta.

Agradezco a mi Directora de Tesis, Laura Cornejo, quién con su simplicidad y humildad supo ganarse su lugar en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de Santa Rosa, a mi Co-directora, Doctora Graciela Álvarez, especialista muy comprometida con los problemas de los niños, que me hizo un lugarcito dentro de su apretada agenda.

A la Lic Aída Massara quien interpretó mi don en el arte de cuidar. A Gabriela Arregui, Lic. en Nutrición quien leyó y compartió valiosos momentos de estudio e investigación, portadora de constantes palabras de aliento. A las Instituciones donde me desempeñé mi labor: Hospital Gob.Centeno y Asociación Cuerpo de bomberos Voluntarios.

Especialmente agradezco a todos y cada uno de los profesores que durante cinco años acompañaron el crecimiento de la profesión. También al personal de nuestra querida Facultad, Ester del Blanco, Elsa Zapata, Gladis Bedelía, a Silvana, a Graciela y en ellos a todos por su paciencia.

A mi amiga incondicional, Rita, que junto a su fe religiosa me acompañó en mis estudios.

A Tito, mi compañero de avatares que a su manera estuvo.

A mi madre Ermelinda y mi hermana Mari por sus constantes preocupaciones.

Finalmente a mis queridos hijos, Noelia, Marisa, Anahí y Nahuel.

A todos, mi agradecimiento.

26 de abril de 2012

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

## **Resumen**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el Abuso Sexual Infantil (ASI) es un problema de salud pública en el mundo entero. Alrededor de 150 millones de niñas y 73 millones de niños y niñas menores de 18 años tuvieron relaciones sexuales forzadas o sufrieron otras formas de violencia sexual en 2002 (Asamblea Naciones Unidas, 2006).

La presente investigación consiste en la Identificación del Conocimiento de Indicadores de ASI que posee el personal de Enfermería que se desempeña en servicios de Salud Pública de General Pico, La Pampa que asisten niños, niñas y adolescentes con sospecha de ASI.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en agosto del año 2009 mediante la aplicación de una encuesta semiestructurada a 36 enfermeros de Centros de Salud de Gral. Pico.

A la pregunta: ¿Que es para Usted el Abuso Sexual Infantil? El 20% aportó definiciones pocos claras, el 40 % juzga al victimario y el 20% manifiesta el sentimiento que les provoca el ASI.

Al establecer las causas de No denuncia el 44,44% piensa que es porque no se le cree a la víctima. Sólo un 22,22 % reconoce siempre a la Violencia Intrafamiliar como situación de riesgo para ASI.

En cuanto a Indicadores Especificos de ASI: en lactantes, el llanto excesivo sin razón aparente es reconocido siempre un indicador de riesgo en un 19,44%. En Pre-escolares: un 88,89% la disminución del rendimiento escolar se reconoce a veces como indicador de ASI, siendo el mismo porcentaje y en el mismo concepto el que se le atribuye a los cambios de hábitos alimenticios en adolescentes.

Al realizar el análisis se observa la necesidad de capacitación del personal de enfermería en prevención de ASI.

**Palabras claves:** Abuso Sexual Infantil – Enfermería – General Pico

## **Abstract**

According to the World Health Organization (WHO) Child Sexual Abuse (CSA) is a public health problem worldwide. About 150 million girls and 73 million children under 18 had experienced forced sexual intercourse or other forms of sexual violence in 2002 (United Nations Assembly, 2006).

The research is on knowledge identification CSA indicators which owns the nursing staff who works in public health services of General Pico, La Pampa, attending children and adolescents under suspected CSA.

We performed a cross sectional study in August of 2009 by applying a semi-structured interview with 36 nurses Health Center of General Pico.

To the question: What is for you Child Sexual Abuse? 20% provided few clear definitions, 40% judged the perpetrator and 20% manifest the feeling that brings on the CSA. In establishing the causes of the 44.44% claim not think it's because he believes the victim. Only 22.22% always identified domestic violence as a risk for ASI.

As ASI Specific Indicators: In infants, excessive crying for no apparent reason is always recognized a risk indicator in a 19.44%. Pre-school: a 88.89% decline in school performance is recognized sometimes as an indicator of CSA, with the same percentage and at the same concept that is attributed to changes in eating habits in adolescents. When analyzing the need for systematic training of nurses in prevention of CSA.

**Keywords:** Child Sexual Abuse - Nursing - General Pico

## INTRODUCCIÓN

El abuso sexual infantil es un flagelo mundial reconocido por la OMS y la UNICEF y según estadísticas internacionales sólo se denuncia el 10% de los casos.

Que se entiende por ASI?

El Abuso Sexual Infantil según la definición de la Organización Mundial de la Salud OMS se entiende como una acción en la cual se involucra a un menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente para lo que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado, aunque una de las definiciones mas aceptadas internacionalmente es la del National Center of Child Abuse and Neglect (1978), que dice que el ASI es considerado un tipo de maltrato infantil caracterizado por contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto en su rol de agresor usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, estimular al niño o a otra persona, incluye abuso por coerción (con fuerza física, presión o engaño) y el de la diferencia de edad entre la víctima y el agresor; los que impiden una verdadera libertad de decisión y hacen imposible una actividad sexual común, ya que entre los participantes existen marcadas diferencias en cuanto a experiencias, grados de madurez biológica y expectativas, (Olimpo, Martínez 1996)

También lo es el trato sexual aún entre niños que por estar en distintas etapas evolutivas se encuentran en una relación asimétrica, la cual genera una situación de poder de uno sobre el otro, (5 años) de diferencia de edad. Este hecho debe alertar sobre la posibilidad de que un adulto haya abusado previamente del niño “abusador”.

Asimismo se debe entender como abuso sexual infantil no solo la penetración vaginal, anal u oral, sino además toda forma de toqueteo, exhibicionismo, masturbación, pornografía, voyeurismo, o sea toda forma que sobrepase el tono erógeno tolerable para un niño. (Sacroisky et al 2007)

Si bien no hay muchos estudios similares encontrados el investigado se corresponde con uno realizado en el Policlínico Docente Cerro en la ciudad La Habana, (Cuba) por la Doctora María de los Angeles González Fernandez, en donde se estudió el déficit cognocitivo del Personal Médico y de Enfermería a la hora de valorar los distintos tipos de maltrato de menores incluido el abuso sexual infantil y al obtener los resultados



implementó cursos de capacitación con un seguimiento y evaluación de los mismos. ([www.ilustrados.com](http://www.ilustrados.com)).

Sobre Abuso Sexual Infantil hay varios estudios en Argentina, pero una de las más grandes investigaciones sobre el tema fue realizada por iglesias evangélicas en el marco de educación sexual (2006). Participaron 1425 personas de las cuales quedaron utilizables 1194 encuestas ya que era una premisa tener un índice superior al 80% de respuestas. Fueron encuestados jóvenes de ochenta grupos locales en diez provincias distintas. La conformación de la muestra fue multicéntrica aleatoria y los resultados fueron: el 41% tuvo alguna experiencia negativa de índole sexual en la infancia. Del total de jóvenes con experiencias negativas, el 50% fue “manoseado”, el 19 % recibió abuso físico-sexual y el 17 % fue violado en la niñez, lo que da en conclusión: De cada 10 jóvenes, al menos 4 tuvieron experiencias sexuales negativas en la infancia. De cada 10 jóvenes 2 fueron manoseados o “acariciados” por un mayor. De cada 10 jóvenes, 1 sufrió abuso físico-sexual, sin llegar a la violación. De cada 15 jóvenes 1 fue violado en la niñez. ( Cinalli, L. & Cinalli, S. 2006, Sexualidad Sana Liderazgo Sólido).

Tampoco nuestra comunidad es ajena a este delito y ello ha sido corroborado con un trabajo de campo retrospectivo durante 3 años realizado por la autora de la actual investigación en el año 2007, en donde se estudió la incidencia del ASI y los distintos tipos, así como el predominio del sexo, las edades y lugar de procedencia que arrojaron los siguientes resultados:

Sobre un total de 45 niños: 39 fueron de sexo femenino (86%)

Grupo de edades más afectado: 10-13 años (33%)

Distribución por lugar de procedencia: 42 niños pertenecían a zona urbana (93%).

Los porcentajes tampoco difirieron con los de un trabajo aportado por la doctora Álvarez, Graciela, realizado para las Primeras Jornadas Pampeanas de Maltrato y Abuso Sexual Infantil 2004 y del resto de la provincia según Informe Estadístico 2005-07 cedido por la Dirección de Prevención y Asistencia de la Violencia Familiar del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de la Pampa.

## Desarrollo

### Revisión Histórica

“La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco” (DeMause, citado en Rozanski, 2003).

En mayor o menor medida, los malos tratos a la infancia son una constante histórica, que se produce en todas las culturas y sociedades y en cualquier estrato social. No nos encontramos ante hechos aislados, esporádicos o lejanos, sino ante un problema universal y complejo, resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales.

En la Antigüedad los niños eran identificados con sus excrementos, a los recién nacidos se les llamaba *ecreme*<sup>1</sup>. Hasta el siglo XVIII, los medios principales para relacionarse con el interior del cuerpo de los niños eran el enema y la purga, tanto si estaban sanos como si estaban enfermos.

El infanticidio de hijos legítimos e ilegítimos se practicaba normalmente. El de los hijos legítimos se redujo literalmente en la Edad Media y se siguió asesinando a los ilegítimos hasta entrado ya el siglo XIX. En Grecia y Roma, ni la ley, ni la opinión pública ni tampoco los grandes filósofos, veían nada malo en el infanticidio.

Los niños eran arrojados a los ríos, echados en zanjas, “envasados” en vasijas para que se murieran de hambre y abandonados en cerros y caminos.

Emparedar a los niños en muros o enterrarlos en los cimientos de edificios o puentes para reforzar la estructura, era frecuente también desde que se construyeron las murallas de Jericó hasta el año 1843, en Alemania. Es así que la gran proporción de niñas asesinadas respecto de varones, se tradujo en un alto desequilibrio de la población masculina en Occidente hasta bien entrada la Edad Media.

Entre las tradiciones frecuentes en la Antigüedad se puede citar la dada en la creencia de que si un niño lloraba demasiado se convertía en un “engendro” por lo que se lo ataba o fajaba durante largo tiempo, e incluso se los sujetaba con cuerdas para transportarlos, éstas prácticas comenzaron a desaparecer de a poco a finales del siglo XVIII de Inglaterra y Norteamérica y a finales del XIX de Francia y Alemania.

---

<sup>1</sup> Ecreme hace referencia a leche desnatada

Mejoras en el trato a los niños comenzó a evidenciarse a finales de los siglos XVII y XVIII, a disminuir los graves castigos corporales y a desaparecer la costumbre de los azotes de Europa recién en el siglo pasado (De Mause, citado en Rozanski, 2003).

En Estados Unidos la primera intervención del Estado fue en 1875 con el famoso caso de la niña Mary Ellen, de 9 años de edad a la que sus padres habían hecho objeto de abusos y maltratos severos, quién fue sacada a sus padres por las autoridades judiciales. La paradoja del caso es que la institución que activó el caso fue la Sociedad para la Protección de los Animales de Nueva York.

A la luz de la historia del maltrato y abuso de niños, recién a finales del siglo XIX se creó una entidad dedicada a la prevención del maltrato infantil y además insólito que en 1961 se reconoció el maltrato y abuso contra los niños en un trabajo escrito (Contreras citado en Podesta & Rovea 2005).

### **El vínculo entre el Psicoanálisis y las historias de abuso sexual en la niñez**

Aquí la historia nos remite al año 1885 en que Sigmund Freud, quien fue a trabajar con Charcot a París y tuvo acceso a la literatura del Profesor Tardieu, referida al abuso sexual (incesto), sufrido por niños y niñas, Tardieu, decano de la Facultad de Medicina era médico forense y había publicado su “Estudio médico legal sobre atentados contra las costumbres” donde indicaba que entre 1858 y 1869 se registraron 11576 casos de personas acusadas por violación o intento de violación. Las víctimas, en estos casos, eran niñas menores de 16, figurando en la exposición del autor casos de violación de padres sobre sus hijas e incluso el relato de la muerte de una niña de 7 años. (Calvi, B. 2006. *Abuso Sexual en la Infancia* 1ª Edición Buenos Aires: Editorial Lugar.)

Tardieu tuvo que enfrentar la resistencia de la comunidad científica y ratificar que no se trataba de historias inventadas puesto que él mismo había verificado las lesiones físicas provocadas.

Por esos años, Lacassagne, profesor de la cátedra de Medicina Legal de Lyon, fundó los Archivos de Antropología Criminal y de Ciencias Penales, para el que sus alumnos produjeron material sobre ataques sexuales a niñas.

También por esa época, P. Bernard en su estudio “Atentados contra el pudor de las niñas” incluyó estadísticas que mostraban una cantidad sorprendente de incestos.

Freud asistió a un curso en la morgue de París que se refería a las agresiones sexuales como crímenes del hogar, así es que conocía bien el tema de los ataques a niños y niñas. Sin embargo, cuando partió a Inglaterra en el año 1938 abandonó toda ésta literatura, la que luego fue vendida y recuperada por el Instituto de Psiquiatría del Estado de Nueva York.

Freud se deshizo de ellas debido a que sus enseñanzas junto a su propia teoría acerca de la sexualidad de niños y niñas, habían provocado el rechazo de la comunidad científica de Viena que marcó el inicio de su carrera.

Cuando Freud presentó su tesis sobre la etiología de la histeria, al referirse a las experiencias traumáticas de la primera infancia como un factor clave para el inicio de dicha psicopatología, se apoyó en el relato de sus pacientes mujeres, que recordaban sus traumas con todos los elementos de las experiencias originales, los sentimientos que no habían estado presentes en el origen del ataque sexual se experimentaban en la consulta. La reacción de sus colegas de la Sociedad Médica fue de un violento rechazo.

Freud se opuso al pensamiento médico hegemónico de la época que atribuía la etiología de la enfermedad a factores constitucionales y hereditarios, adjudicando gran responsabilidad a la familia y exponiendo al padre como violador. Esto último conmocionaba al patriarcado convencional, como lo señala (Giberti citado en Calvi 2006), por lo que Freud decidió retractarse y decir que aquellas escenas nunca habían tenido lugar y que sólo eran fantasías inventadas por sus pacientes.

El corrimiento de la tesis original, que se provocó cuando Freud elige retractarse de sus afirmaciones probadas con la realidad, colaboró al encubrimiento del abuso y del incesto y fue un tema tabú que se transmitió durante generaciones en el psicoanálisis.

## **La Participación de las Enfermeras en la Investigación: Del pasado al Presente**

La participación de las enfermeras en la investigación ha cambiado radicalmente en los últimos 150 años. Al principio, la investigación en enfermería evolucionó lentamente, desde las investigaciones de Nightingale en el siglo XIX hasta los estudios de la educación de las enfermeras en las décadas de 1930 y 1940, y la investigación de las enfermeras y los roles de enfermería en las décadas de 1950 y 1960. Desde la década de 1970 hasta la de 1990, surgieron numerosos estudios de enfermería que se centraban en los problemas clínicos, produciendo hallazgos que tuvieron un impacto directo en la asistencia. La investigación clínica continúa siendo el foco de investigación más importante hasta el siglo XXI, con el objetivo de desarrollar una práctica basada en la evidencia para la enfermería. Un logro significativo para la enfermería fue el desarrollo del NINR, el cual proporciona hallazgos básicos para la investigación futura de enfermería. La revisión histórica de las actividades de investigación en enfermería muestra claramente la mejora que se ha dado en el desarrollo del conocimiento enfermero.

La enfermería, a lo largo de la historia, ha adquirido conocimiento principalmente a través de tradiciones, autoridad, préstamos de otras disciplinas, ensayo-error, experiencia personal, modelado de roles, intuición y razonamiento. Sin embargo, todas estas maneras de adquirir conocimiento son inadecuadas para proporcionar una base de conocimiento científico a la enfermería. La investigación requiere desarrollar y mejorar el conocimiento científico para aplicarlo en la práctica. El conocimiento que necesita ésta disciplina no es sólo limitado y específico, también es general y holístico. Por lo tanto, son necesarios diversos métodos de investigación para generar conocimiento enfermero, (Burns, N. & Grove, S. 2004, *Investigación en Enfermería* 3ª Edición, Madrid: Editorial Elsevier).

### **Florence Nightingale**

Las primeras investigaciones de Nightingale (1859) se centraron en la importancia de un ambiente saludable en la promoción del bienestar físico y mental de los pacientes. Estudió aspectos del ambiente tales como la ventilación, la limpieza, la pureza del agua y la dieta para demostrar su influencia sobre la salud de los pacientes. Sin embargo, ésta enfermera es más conocida por la recogida y análisis de datos de la morbilidad y mortalidad de los soldados durante la guerra de Crimea. Esta investigación le permitió cambiar la actitud de los militares y de la sociedad con respecto al cuidado de la enfermedad. Los militares entendieron a partir de entonces que los enfermos tenían derecho a recibir una alimentación saludable, habitaciones adecuadas y un tratamiento médico apropiado. Las intervenciones mencionadas redujeron la mortalidad radicalmente del 43 al 2% en la guerra de Crimea. Nightingale utilizó también los conocimientos de su investigación para realizar cambios significativos en la sociedad, como análisis de las aguas públicas, mejoras en las instalaciones sanitarias, prevención de la hambruna y disminución de la morbilidad y la mortalidad.

### **Investigación en Enfermería: de 1900 a finales de la década de 1970**

La revista *American Journal of Nursing* fue publicada por primera vez en 1900, y más tarde, en las décadas de 1920 y 1930, empezaron a publicarse estudios de casos en la revista. Un estudio de caso comprende un análisis profundo y una descripción exhaustiva de un paciente o de un grupo de pacientes con características similares con el fin de facilitar la comprensión de las intervenciones enfermeras. Los estudios de casos son un ejemplo de la investigación derivada de la práctica que se ha venido realizando durante el siglo pasado.

Las oportunidades educativas para las enfermeras crecieron cuando el *Teacher's College* de Columbia ofreció un programa de doctorado para las enfermeras por primera vez, en 1923, y la *Yale University* dio la posibilidad de cursar los primeros másters en 1929. En 1950, la *American Nurses Association (ANA)* inició un estudio de 5 años acerca de las funciones y actividades de las enfermeras. En 1959 los resultados del citado estudio se utilizaron para desarrollar declaraciones de funciones, estándares y cualificaciones para las enfermeras. Durante esta época, la investigación clínica empezó a crecer en forma de

grupos de enfermeras especialistas, como salud comunitarias, salud psiquiátricas y mental, médico-quirúrgica, pediatría, obstetricia, desarrollando estándares de cuidados. La investigación llevada a cabo por la ANA y los grupos especialistas proporcionaron las bases para crear los estándares de la práctica enfermera que actualmente guían la praxis profesional. El aumento de la actividad de investigación<sup>2</sup> durante 1940 culminó con la publicación de la primera revista de investigación, Nursing Research, en 1952.

En 1950 y 1960 las escuelas de enfermería comenzaron a introducir la investigación y las fases del proceso de investigación en la diplomatura en masters y formación sobre dirección de estudios de investigación. En 1953, se creó el Institute For Research and Service in Nursing Education en el Teacher' s Collage, Columbia University, Nueva York, que aportó experiencias de aprendizaje de investigación de los estudiantes de doctorado.

Es así que frente a este panorama creciente de investigación de enfermería que llega al siglo XXI también aquí se realizaron trabajos de investigación con respecto al Abuso Sexual Infantil, como el de Hulme y Grove (1994), identificaron el problema y respectivo propósito para su estudio de mujeres supervivientes de abuso sexual infantil, asimismo Brown y Garrison (1990) crearon el cuestionario de Adultos Supervivientes de Incesto para identificar las pautas y los factores que contribuyeron a la gravedad de estos síntomas.

La incidencia y negligencia del abuso sexual infantil en los EEUU ha crecido en números alarmantes en los últimos años. Enfermeras de prácticas de avanzada (APN), Avanced Practice Nurses son consideradas importantes miembros del equipo de salud para la detección de las familias de riesgo y los accesos a Servicios y Recursos de Salud, la focalización de la protección está dirigida hacia las predicciones potenciales (CAN) Chile Abuse and Neglixt. Barri-Adam. Enfermería Pediátrica. (2005).

---

<sup>2</sup> **Investigación:** “Buscar de nuevo”, “Estudiar con cuidado”. Interrogante o estudio sistémico y concienzudo que perfecciona o da por válidos conocimientos ya existentes y desarrolla otros nuevos. Implica planificación, organización y persistencia.

### **Conocimientos necesarios al valorar abuso sexual infantil**

El abuso sexual infantil es una de las formas más graves y al mismo tiempo menos “habladas” del maltrato infantil. Esto se debe a que despierta sentimientos muy fuertes en quienes lo escuchan: perplejidad, rechazo, bronca, impotencia, son algunos de los sentimientos que brotan en el interior, a su sola referencia.

Y este rechazo es justificado: las víctimas son niños y niñas que en silencio soportan la humillación de ser usados para el placer sexual de un adulto que lo somete, ejerciendo el poder que le dan la diferencia de edad y la confianza del vínculo que los une.

A los niños les resulta muy difícil resistirse: a veces a través de sobornos, otras con amenazas o castigos reales, los abusadores someten a los niños a actividades que no alcanzan a comprender. Repulsión, miedo, pánico, desesperación, son algunas de las formas en que los niños y niñas abusadas tratan de describir sus sentimientos.

“El abuso sexual es una mochila que el chico no se sacará jamás de encima, lo acompaña toda su vida. En el mapa del ser humano, el abuso es una marca indeleble”, asegura Lucía Alberti, directora de ANUA, en (*Revista Rumbos* 2005).

La gravedad del trauma dependerá de tres factores:

- **La frecuencia del abuso.**
- **El grado de cercanía en la relación con el abusador.**
- **El modo de abuso**

En relación a la frecuencia: no es lo mismo para un niño-niña saber que, por ejemplo, todas las noches, cuando la mamá se duerma o se va a trabajar el padrastro o el padre se pasará a su cama, que aquel niño-niña sometido una vez a presenciar pornografía por una persona de visita ocasional en la casa.

De la misma manera, el abuso perpetrado por padres, padrastros, tíos, abuelos o personas que tienen a su cargo al niño, dañará más que en aquellos casos en que el abusador es una persona menos significativa.

Muchas veces se cree que la única forma de agresión sexual es la violación. Este es un acto violento, donde una de las partes es sometida por la otra, contra su voluntad. Generalmente



es un hecho aislado, donde no necesariamente existe un conocimiento<sup>3</sup> previo de las personas implicadas y las víctimas son adolescentes o mujeres. El abuso sexual infantil en cambio, se perpetra tanto en niñas como en niños antes de la adolescencia y la mayoría de las veces cesa con su aparición.

**Existen tres situaciones a diferenciar:**

- **Abuso sexual por un extraño:** Implica, en general, el uso de la fuerza física y suele ser denunciado por la familia del niño.
- **Abuso sexual extrafamiliar:** Por alguien emocionalmente significativo para el niño, como puede ser un vecino, un maestro, generalmente no existe la fuerza física, predomina la seducción y suele mantenerse en secreto.
- **Abuso sexual intrafamiliar:** Esta es la forma más frecuente. Ocurre cuando el abusador es parte de la familia (padre, padrastro, hermano mayor, tío, abuelo u otro familiar). Aquí también predomina la seducción, el engaño. y las amenazas. Puede durar años, se mantiene en secreto y se denuncia pocas veces. (Sacroisky, et al 2007).

---

<sup>3</sup> **Conocimiento:** Información esencial adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona.

## **El Incesto**

Una forma particular de abuso sexual es el incesto. El incesto está definido por la ley como el acto sexual entre familiares de sangre, padre-hija, hermano-hermana, madre-hijo.

Pero un alto porcentaje de niñas son víctimas de abuso intrafamiliar mediante el incesto padre-hija. La edad que más frecuente se produce es alrededor de la pubertad, pero en muchos casos comienza desde muy pequeña y un padre puede continuar manteniendo relaciones sexuales con una o varias hijas a lo largo de varios años. Muchas veces el incesto no se revela hasta que la hija se va del hogar. Cuanto más cercana sea la relación entre el niño y el adulto, mayor será el daño potencial, ya que la psiquis del niño no está desarrollada para entender como es posible que quién tenga que brindarle protección sea capaz de causarle tanta angustia, tanto dolor, tiene sentimientos ambivalentes, por un lado de amor y por otro de odio, de impotencia. El incesto es el abuso sexual infantil que mayores secuelas psicológicas deja a través del tiempo. (OPS. 2004- Problemas Sociales de Salud Prevalentes. Módulo 10 a Pág 82).

Se conoce que la mayoría de los abusos suceden dentro del ámbito familiar, desde el “punto de vista psicológico, todo abuso es incestuoso, porque para el niño cualquier adulto representa siempre una figura parental” (J.Schust citado en Podesta & Rovea 2006).

La mayor parte de la victimización infantil ocurre en el contexto de una relación cotidiana corriente.

Algunos profesionales llaman “proceso de preparación” a la lenta y progresiva sexualización de la relación a través del tiempo, la cual tiene un efecto pernicioso en el niño, que va más allá del acto sexual en sí mismo, porque lo envuelve en su propia complicidad en tal actividad, resultándole entonces difícil contar lo que sucede.

Debido a su situación evolutiva, muchos niños no pueden reconocer que se están violando ciertos tabúes y que esta experiencia no es normal. Desde este punto de vista, sólo en la adolescencia pueden llegar a comprender totalmente las normas y expectativas de la cultura, más allá de sus familias inmediatas. Es por ello que existe un porcentaje muy alto de denuncias de víctimas adolescentes.

El abuso sexual de los niños dentro de la familia es un problema innegable que provoca hondas repercusiones, no solo en la salud mental de éstos, ya que va más allá del ámbito individual: “lo que se le hace a los niños, afecta también a la sociedad.

### Conceptos básicos a tener en cuenta.

-**Violación:**<sup>4</sup> Acto mediante el cual un hombre realiza el coito con una mujer virgen o desflorada utilizando la fuerza o intimidación o si la mujer tiene menos de 12 años aunque no ocurra ninguna de las circunstancias anterior.

- **Pedofilia:** Son aquellas personas que tienen una inclinación sexual hacia los niños. (Sacroisky et al. 2007).

-**Explotación sexual infantil:** Abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil.

Dentro de explotación sexual infantil existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas categorías e incidencia.

. Tráfico sexual infantil.

. Turismo sexual infantil.

. Prostitución infantil

#### -**Abuso sexual infantil:**

El término “abuso sexual” no tiene un equivalente jurídico sino que es el resultado de su utilización en diagnósticos clínicos, psicológicos y sociales.

Al respecto, existe la tendencia de querer equiparar esta expresión con el término jurídico “violación”, siendo este último un concepto parcial, dado que no da cuenta de toda la problemática que encierra este fenómeno. El usado como “abuso sexual” es mucho más abarcativo, porque comprende todas las actividades sexuales en las que los niños se ven involucrados con adultos que ejercen sobre ellos conductas sexuales abusivas.

#### -**Victima:**

Quien padeció o sufrió un daño injusto. Esto no implica que la víctima tenga conciencia del daño sufrido. Es decir, no es necesario percatarse del propio sufrimiento para ser víctima, pero si que exista un menoscabo, daño o sometimiento a otra persona. (Podestá & Rovea, 2005, Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar).

---

<sup>4</sup> Sacroisky, et al

## Principales Características del Fenómeno

El abuso sexual infantil es un fenómeno delictivo con características propias, es un delito que no deja huellas, porque por lo general no se utiliza la fuerza física—está basada en la seducción y el engaño<sup>5</sup>. Los métodos persuasivos utilizados por el perpetrador, terminan por hacer sentir avergonzadas con culpas y responsabilidades a las víctimas de lo que está sucediendo. Es fácil caer en la maraña del abusador porque estos mismos métodos los usa con la familia, con la comunidad, los pone en práctica ante jueces y funcionarios. La vulnerabilidad de la víctima, la crisis que genera en la familia a la hora de la denuncia, a veces la complicidad de la madre y por otro lado la actitud opuesta, es decir, al actuar judicialmente aplicando las normas tradicionales del derecho penal sin tener en cuenta éstas particularidades es la causa notoria de injusticias con respecto a las criaturas victimizadas, a quiénes en repetidas ocasiones se las coloca en un riesgo mayor del que corrían antes de la intervención judicial.(Rozanski, C. *Abuso Sexual Infantil*, 2003, 1ª Edición Buenos Aires, Editorial Ediciones B)

### Invisibilidad

Generalmente no hay testigos, por eso una de sus características más importantes es la invisibilidad. Es además invisible por la escasa cantidad de casos que son denunciados de los realmente sucedidos dando lugar así a un problema de enorme magnitud, al que por diversas razones se prefiere minimizar.

### Secreto

---

<sup>5</sup> Expresión de una víctima

...Tenía ocho años apenas cuando el brillo de mis ojos  
abandonó la mirada y estrenó una dureza inhabitable.  
Ocho años... y una inocencia incapaz de comprender el  
Sentido de los “juegos” que me proponía un amigo de mis  
Padres... Yo era una niña; no entendía las caricias  
Inapropiadas ni las palabras obscenas, pero infancia y  
paraíso empezaron a separarse (...) El toqueteo se con-  
virtió en violación y nadie se dio por aludido de mi si-  
lencio (...) Mis padres tienen que haber oído lo que pasa-  
ba. Las paredes de nuestra casa eran muy angostas y mi  
cuarto estaba pegado al de ellos. No quisieron ver  
porque prefirieron mirar para otro lado. Ellos nunca apa-  
garon el televisor.

Nicole Castioni  
(El sol al final de la noche)

Podestá, M & Rovea, O. (2005) *Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar* (1ª Edición) Buenos Aires Editorial Espacio.

El secreto es otra de las características más notables del abuso sexual infantil y tenerlo en cuenta desde la sospecha misma es una condición indispensable para una adecuada intervención

Es importante recordar que las víctimas mantienen el secreto por vergüenza, por culpa, por temor al castigo, pero mas fuertemente por temor a la ruptura del hogar. Para sostener éste secreto, el abusador utiliza fórmulas amenazantes de manera de depositar en el niño la responsabilidad de la integridad del hogar o el poder de destruirlo.

En el centro del fenómeno impera la Ley del Silencio, siendo sumamente difícil, cuando no imposible- quebrarla. Se trata de una de las razones más importantes para que la “cifra negra” tenga la dimensión que tiene.

El secreto se mantiene mayormente dentro del grupo familiar o conviviente y depende de quiénes lo integran, pero también los restantes factores que determinan estas cifras obedecen a la inexistente o deficiente actividad de actores ajenos a dicho núcleo y que debieran intervenir. Hay investigaciones en España en las que se establece que sólo un dos por ciento del abuso intrafamiliar y el seis por ciento del extrafamiliar es denunciado a la policía.

Mas allá de la exactitud de los números señalados, lo cierto es que la mayoría de los autores coinciden en que el porcentaje de casos denunciados es significativamente menor que los realmente producidos. Sobre éste punto apunta (Perrone citado en Rozansky, 2003) “El secreto supone la convicción de que las vivencias en cuestión son incomunicables. Entre las personas involucradas nace entonces un vínculo de facto, sin alternativas...El abusador manipula el poder y carga a la víctima con la responsabilidad del secreto. El secreto del niño protege no sólo al abusador, sino a si mismo y a su familia”

Si bien ésta característica ha estado siempre presente, la evolución que en las últimas décadas tuvo la investigación y el conocimiento del fenómeno en la Psicología y en la Sociología ha abierto una brecha importante. Asimismo, la reciente reforma del Código Penal de Argentina muestra una evolución en cuanto al concepto de “lo público” y “lo privado” en ésta materia.

Así, el secreto impuesto por el abusador ha dejado de contar con el importante aval que le dio, a lo largo de la historia, la consideración de que los asuntos de familia eran “privados”, y por tales el Estado-según se sostenía- no podía intervenir.<sup>6</sup>

En el nuevo contexto, el fenómeno que antes era invisible, hoy ha comenzado a hacerse visible, y en lógica consecuencia, a ser tratado de una manera coherente con los nuevos paradigmas de protección.

### **Confusión**

Los sentimientos y las emociones que viven las niñas abusadas son de tal entidad que si se pudieran sintetizar en una palabra es la “confusión”. Culpa, autorrecriminación, afecto- en el caso de haber sido abusada por un familiar muy cercano como es el caso del padre o algún otro conviviente- y terror, se mezclan en la mente de la niña en un rompecabezas que no está en condiciones de armar.

En casos extremos la víctima presenta una modificación de su estado de conciencia, caracterizado por pérdida de la capacidad crítica y focalización de la atención, es decir que se encuentra bajo la influencia y el dominio abusivo de quien controla la relación.

Este concepto da una idea del estado al que puede llegar una criatura abusada, al que por otra parte rara vez se lo tiene en cuenta en su auténtica dimensión en el momento de realizar la intervención judicial. Por ejemplo, cuando se disponen medidas respecto de los niños en el ámbito de la Justicia y éstos son enfrentados ante sus supuestos abusadores, es habitual que se pretenda una simetría que no existe y que es condición “sinequa-non” para este tipo de confrontaciones.

El estado de confusión muchas veces lleva a las víctimas a efectuar revelaciones parciales, unas veces exageradas, otras con retrocesos. Esto no es otra cosa que la consecuencia lógica del abuso que sufre.

### **Violencia**

Todo abuso sexual implica violencia. El abuso sexual incluye el uso de coacción, de modo implícito o explícito, a veces se produce de tal modo que hasta la misma víctima duda de que haya existido, o sea esta violencia. Esto último refiere la complejidad del fenómeno y

---

<sup>6</sup> Rozanski, C (2003). *Abuso Sexual Infantil* (1ª Edición). Buenos Aires: Editorial Ediciones B.

la necesidad de que todos los operadores estén atentos en el momento de interpretar las conductas o los dichos de las víctimas.

La violencia física, generalmente es detectada al iniciarse la intervención, en muchos casos un examen médico permite comprobar no sólo signos de violencia sino también secuelas antiguas producto de abusos. Así la desfloración de larga data en niños, secuelas de desgarros, incluso simple presencia de un himen dilatado, permite sin mayores dificultades, completar cuadros probatorios- o al menos de seria sospecha-. Por el contrario, cuando no existen rasgos físicos de violencia, muchos operadores se desorientan. “la confusión psíquica producida por la situación de abuso puede hacer que los asistentes sociales, los testigos, la víctima y el abusador olviden que se trata de una violencia objetiva”. (Rozansky. C.; 2003)<sup>7</sup>

Por otra parte, mientras que en el ámbito Judicial no hay dificultades para aceptar la existencia e implicancia de la violencia física, no sucede lo mismo con la violencia psicológica. Es por eso que en el Derecho Internacional de Protección a los Derechos Humanos la inclusión expresa e inequívoca de esta clase de violencia es reciente.

### **Amenazas**

Tal como ha sucedido a lo largo de los siglos, el abusador recurre a las amenazas para evitar que el niño cuente lo que está sucediendo. Si bien la gama de las mismas es infinita, hay reiteraciones que permiten afirmar que son las más frecuentes. Así el abusador amenazará a la niña con “matarla”, “matar a su madre” o “sus hermanos”. Estas advertencias suelen ir acompañadas con alusiones a que “la familia se destruirá”

Las amenazas tienen un efecto demoledor en la mente de la niña y muchas veces originan la demora, sumado a otros factores, en la revelación por parte de ellas, la que en muchos casos es de meses o años y en otros, simplemente, nunca es develados.

Es obvio que la niña sometida a semejante disyuntiva tienda a creer seriamente que lo que dice el abusador se va a cumplir.

La conocida escritora inglesa Virginia Wolf reveló recién a los 54 años haber sido abusada de niña por sus dos medio hermanos, y poco tiempo después se suicidó...

---

<sup>7</sup>Rozansky. C. *Abuso Sexual Infantil* (1ª Edición). 2003; Buenos Aires: Editorial Ediciones B.

La evidente asimetría existente entre la niña y su victimario, y, en la mayoría de los casos, el vínculo (padre, padrastro, tío, abuelo...) sumados a la particular vulnerabilidad de aquella, están presentes en todos los aspectos de la relación abusiva, incluidas por supuesto las amenazas, con la violencia que implican.

Además es notable señalar que en cuanto a este fenómeno del abuso infantil las amenazas muchas veces-por lo menos en lo que respecta al daño familiar- se cumplen. Así, en los casos en los que el niño revela el abuso, de una forma u otra la familia se destruye. Ahí entonces, con el padre (o concubino de la madre) preso, frecuentemente sobreviene la **retracción**. Madres e hijas irán a los tribunales a pedir por el detenido invocando que han mentido en la denuncia o en las declaraciones posteriores. Esto también resulta muchas veces de cierta comodidad para algunos jueces que ante declaraciones contradictorias, se inclinan por desincriminar a los imputados, sin tomar la precaución de profundizar la investigación e interpretar adecuadamente la aludida retractación, (Rozansky, C 2003. *Abuso Sexual Infantil* 1ª Edición Buenos Aires: Editorial Ediciones B)

### **Responsabilidad**

La responsabilidad del abuso sexual de niños es SIEMPRE del abusador. Esta afirmación NO ADMITE CUESTIONAMIENTO ALGUNO y cualquier intento en este sentido debe ser rápidamente sospechado y rechazado.

Los niños son particularmente DEPENDIENTES y por diversas razones, requieren una protección especial. Es así como la legislación internacional protectora ha puntualizado dicha necesidad. Hoy en día, desde un punto de vista serio, no puede ponerse en duda ninguna de estas dos características. En lo que hace específicamente al abuso sexual, DEPENDENCIA y PODER:

Están presentes en cada acto de la relación entre el adulto-abusador y el niño-víctima.

En una relación de esta naturaleza, resulta claro que no queda ningún espacio para que el niño comparta siquiera la más mínima parte de responsabilidad. El adulto, se vale de su ventaja intelectual y física, de su posición, de su autoridad y de su poder social para desarrollar una dominación tendiente a la satisfacción sexual.

### **Síndrome de Acomodación**



El abuso sexual produce un grave daño psicológico. Sobre la base del síndrome de acomodación descrito por Roland Summit en 1983, se señala un conjunto de conductas que el niño adopta frente al problema.

Sentimiento de desprotección: a medida que el niño va descubriendo el significado de lo sucedido, sentimientos de profunda desprotección lo paralizan, queda inmóvil e incapaz de resistirse, aunque la madre se encuentre en la habitación contigua: esta incapacidad natural de pedir ayuda, provee la esencia misma del descreimiento y el prejuicio en el mundo adulto. Muchas veces los adultos suponen que el niño puede defenderse de estas agresiones como si fuera un adulto. Sus defensas quedan anuladas, lo conducen a la desilusión, a la desesperanza y a exagerar su propia responsabilidad, y, por lo tanto, a tener sentimientos de culpa sobre los hechos.

Actitud de acomodación: el niño vive dos realidades contradictorias: o bien los adultos responsables son figuras llenas de maldad, incapaces de quererlo y preservarlo, sentimientos o pensamientos intolerables con respecto a las personas de las que espera todo lo contrario dada su indefensión, él mismo se siente malo, sucio y merecedor de castigo. Suele elegir la segunda opción para sobrevivir emocionalmente.

Siente temor por a la ruptura y pérdida del hogar, estos temores se ven reforzados y sugeridos por las amenazas directas de los agresores o partícipes.

### **Perfil del victimario.**

Aunque no existe un perfil exacto del “trasgresor manifiesto”, los estudios estadísticos arrojan los siguientes datos:

En el 90% de los casos se trata de varones.

En el 70% de los casos superan los 35 años de edad.

Puede tratarse de profesionales cualificados.

Con frecuencia buscan trabajos o actividades que le permitan estar cerca de los niños.

Su nivel social puede ser medio o medio-alto.

En el 75% de los casos no tienen antecedentes penales.

El nivel de reincidencia es alto, aún después de ser descubiertos y condenados.

No suelen ser conflictivos en la cárcel y muestran buen comportamiento.

No reconocen los hechos ni asumen su responsabilidad.

Normalmente tienen una familia a su cargo y, con frecuencia hijos pequeños, (Sacroisky, et al 2007).

**Mitos y realidades del abuso sexual infantil.** (Sacroisky, et al 2007).

Cuadro N° 1: Mitos y realidades del abuso sexual infantil	
Creencias	Realidades
Los abusos sexuales son infrecuentes.	Cerca de un 23% de niñas y un 15% de los niños son víctimas de abuso
El ASI se da en niñas, pero no en niños.	Afecta más a las niñas ((80%), pero los niños (20%) también lo sufren.
Las víctimas son adolescentes seductores.	El abuso sexual es independiente de la edad, el sexo, o la forma de vestir.
Hoy los abusos se dan más que antes.	Es falso, pero si existe una mayor conciencia y sensibilización al respecto, tanto en los profesionales como en la población en general.
Los menores pueden evitarlo.	No. Se trata de menores vulnerables que no saben lo que está pasando, que son engañados o amenazados.
El abuso sexual incluye penetración.	No. La mayoría de los ASI no incluye penetración.
Los abusos sexuales casi siempre se asocian a la violencia física.	No. El ASI en general se produce a partir de una relación de confianza, afecto y poder que se ejerce sobre la víctima.
El abuso sexual sólo ocurre en ámbitos socioeconómicos bajos.	No. El ASI se detecta en todas las clases sociales, aunque sí es más probable en situaciones de hacinamiento.
El abuso sexual sólo ocurre en situaciones especiales o en lugares peligrosos.	No. El ASI puede ocurrir en cualquier lugar y momento, dado que sucede a partir de una relación de cercanía y confianza.
Los chicos mienten.	Los niños casi nunca mienten cuando dicen haber sufrido abusos.
Si los abusos ocurrieran en nuestro entorno, nos enteraríamos.	Se tiende a ocultarlo por vergüenza o miedo, a veces durante años.
Los abusadores son siempre hombres.	Si bien la mayoría son hombres (80-92%), también se registran casos de mujeres abusadoras.

### **Indicadores Específicos e Inespecíficos del Abuso Sexual Infantil**

**El diagnóstico:** probablemente, a esta altura, quedan pocas dudas de que el abuso sexual infantil constituye uno de los traumas psíquicos más intensos y de que sus consecuencias son sumamente destructivas para la estructuración de la personalidad. Es posible comparar sus efectos al de un balazo en el aparato psíquico: produce heridas de tal magnitud en el tejido emocional que hacen muy difícil predecir como cicatrizará el psiquismo y cuáles serán las secuelas.

Validar un diagnóstico de abuso sexual es una cuestión no sólo complicada, sino también delicada, por las implicancias legales a corto plazo y las emocionales a largo plazo.

Uno de los indicadores más específicos es el relato que hace la víctima, pocas veces es tomado en cuenta tanto por las personas que lo escuchan por primera vez como por las autoridades que intervienen. Por lo tanto, la precisión diagnóstica será mayor en la medida en que los profesionales intervinientes puedan reconocer la presencia de signos y síntomas-físicos y emocionales-corroboradores de la sospecha.

Es importante destacar que raramente la confirmación del abuso se basa tan sólo en el hallazgo de signos físicos directos o en la presencia de sólo uno de los indicadores. En este sentido, la tarea se asemeja a la del investigador que va articulando diversas pistas (los indicadores) para obtener un panorama lo más cercano posible a lo que verdaderamente sucedió. (Intebi, I. 2008 *Abuso Sexual Infantil En las Mejores Familias*, 1ª Edición Buenos Aires: Editorial Granica)

### **Indicadores psicológicos**

#### **En la infancia temprana** (menores de tres años)

- Conductas hipersexuadas y/o autoeróticas
- Retraimiento social
- Alteraciones en el nivel de actividad: junto con conductas agresivas o regresivas
- Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas
- Alteraciones en el ritmo del sueño.

#### **En preescolares**

- En el relato del abuso
- Síndrome de estrés post-traumático

- Sexualización precoz (juegos sexuales tempranos acompañados de un grado de curiosidad sexual inusual para la edad).
- Masturbación compulsiva (en algunas ocasiones, el niño puede llegar a utilizar objetos, muñecos, ropa o partes de su cuerpo o el de otras personas), introducción de elementos en los orificios vaginales o anales.
- Hiperactividad
- Enuresis y encopresis
- Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos)
- Fobias y/o temores intensos
- Conductas compulsivas de distinto tipo
- Fenómenos disociativos.

#### **En niños en edad escolar y pre-adolescentes**

- En cualquiera de los trastornos observables en etapas anteriores
- Dificultad de aprendizaje o alteraciones en el rendimiento, de instalación brusca e inexplicable
- Coerción sexual hacia niños más pequeños o retraídos
- Fugas del hogar
- Llamativo retraimiento o, como por el contrario, hostilidad y agresividad exacerbada en el hogar, y/o con sus amigos y compañeros de estudio
- Sobreadaptación, pseudomadurez
- Conflictos con la figura de autoridad, junto con una marcada desconfianza hacia los adultos significativos.
- Pequeños robos.
- Mentira frecuente
- Sentimientos de desesperanza y tristeza
- Tendencia a permanecer fuera de la escuela en el horario habitual

#### **En adolescentes**

- Conductas riesgosas y violentas.
- Retraimiento, sobreadaptación.
- Coerción sexual hacia otros niños

- Promiscuidad sexual, prostitución.
- Fugas del hogar.
- Consumo de drogas.
- Delincuencia
- Automutilaciones, cortajeos y otras conductas autoagresivas.
- Intentos de suicidio.
- Inhibición sexual.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de la conducta alimenticia (bulimia-anorexia)

### **Indicadores Físicos**

Los indicadores físicos pueden clasificarse en específicos-estrechamente ligados con el abuso sexual- e inespecíficos-que pueden estar presentes en otras causas además del abuso. La mayoría de los pediatras y los ginecólogos infanto-juveniles coinciden en que es poco común que el abuso sexual cause lesiones físicas permanentes y observables y afirman que sólo que entre un 30 y un 50% de los niños presentan signos físicos que certifican el abuso. Además los médicos forenses como los magistrados (en nuestro país) siguen sin aceptar que es el relato del niño, y no los signos físicos, el aspecto que tiene mayor relevancia y el que arroja mayor certeza, al diagnóstico de abuso sexual.

Es importante destacar que, aun cuando los signos físicos estén ausentes o sean inespecíficos, no debe desestimarse el diagnóstico de abuso sexual y que uno de los elementos que colaboran en la confirmación es el relato infantil.

Dice un experto en el tema “Algunas formas de abuso no producen lesiones, por lo cual, no debe esperarse encontrar signos físicos en el examen. Aún en los casos en que los niños hayan sido lastimados pueden transcurrir semanas, meses o años desde el momento en que se produjo el incidente, hasta que los pacientes sean examinados. Este retraso en la consulta permite que el semen u otros residuos desaparezcan y que la mayor parte de las lesiones cicatricen. Los hallazgos físicos, cuando están presentes, varían de acuerdo con el grado de traumatismo sufrido por la víctima. Los traumatismos menores producen lesiones pequeñas que cicatrizan rápido, sin dejar marcas. Los desgarros profundos tienen un

tiempo de cicatrización mayor y dejan con frecuencia, cicatrices visibles aún después de períodos relativamente largos.

En un estudio en el que se evaluaron 205 niñas prepúberes consideradas víctimas de abuso sexual por los Servicios de Protección Infantil, se obtuvieron los siguientes datos: el 32% tenía genitales de aspecto normal, sin signos de lesiones previas; el 22% presentaba lesiones inespecíficas y en el 45% se observaron anomalías específicas.

En un grupo de 236 niñas abusadas por personas que han sido condenadas por estos hechos, el examen resultó normal en el 28% de los casos, con hallazgos inespecíficos en el 49% y sospechoso o anormal en el 23%. (Intebi, Irene Abuso Sexual Infantil 2008)

### **Indicadores físicos específicos**

Lesiones en zonas genital y /o anal

- Sangrado por vagina y /o ano.
- infecciones en genitales o de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, SIDA no preexistente al momento de nacimiento, condilomas acuminados, conocidos como verrugas genitales, herpes genitales, flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales en la flora normal de los niños.
- Embarazos
- Cualquiera de los indicadores anteriores junto con hematomas o excoriaciones en el resto del cuerpo, como consecuencia de maltrato físico asociado.

Conviene insistir en que, cuando un niño menor de doce años sin vida sexual activa padece una enfermedad de transmisión sexual, hay que sospechar la victimización sexual, ya que la única vía de contagio es el contacto con una persona infectada.

### **Indicadores físicos inespecíficos**

- Son aquellos trastornos orgánicos que no tienen una relación causal con el abuso, que pueden aparecer sin que éste exista pero que están estrechamente vinculados a situaciones de estrés elevados. Son frecuentes:
- Ciertos trastornos psicósomáticos, como los dolores abdominales recurrentes y los dolores de cabeza sin causa orgánica.
- Trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa)
- Fenómenos regresivos como la enuresis (emisión involuntaria e inconsciente de orina general mente nocturna) y encopresis (incontinencia de materia fecal) en niños que ya habían logrado el control esfinteriano.

## **Epidemiología**

En una Convención realizada en Ginebra el 16 de octubre de 2006 la (OMS) Organización Mundial de la Salud y la (ISPCAN) Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia de Niños, publica una guía práctica para prevenir la violencia contra los niños: Preventing Child Maltratment: Guide to taking action and generating evidence, en relación con el alarmante incremento de incidencia del Abuso y Negligencia infantil en el mundo entero.

Todos los estudios coinciden en que las víctimas, mayoritariamente, pertenecen al género femenino. Tan es así que el investigador David Finkelhor considera que una de cada tres mujeres ha sido o será abusada sexualmente por algún miembro de su familia o algún allegado antes de cumplir los 18 años.

En EEUU, este investigador, uno de los más destacados en el tema, realizó en 1997, un relevamiento entre estudiantes secundarios y encontró que el 19,2% de las mujeres y el 8,6% de los varones admitió haber sido víctima de abuso sexual en la infancia.

Aunque no hay datos oficiales en nuestro país se estima que al menos una de cada diez mujeres adultas sufrió abusos sexuales en algún momento de su infancia, una problemática que no hace distinción entre ricos y pobres, razas, religiones, zona urbana o rural y que generalmente ocurre en el lugar menos pensado: el hogar de la víctima. Según la Asociación Pro Naciones Unidas de Argentina (ANUA), nacida al amparo de la ONU, en el 90% de los casos el abusador es un varón del entorno íntimo del menor, (Pascutti, X. 2005. De Esto no se Habla, *Revista Rumbos*, N° 74 )

En Argentina, además, en 1991 se efectuó una investigación entre estudiantes de los primeros años de la UBA con el fin de medir la incidencia de experiencias sexuales previas a los 17 años. La edad promedio de los encuestados era de 23 años y 2 meses. Sobre un total de 416 estudiantes, se encontró que el 12,8% había sido víctima de abuso sexual y que el 7% padeció hechos abusivos que incluían contacto corporal con el abusador. La edad promedio al momento de ocurrir el abuso era de 11 años y 6 meses. Fue más frecuente el abuso de mujeres (78,4%) que de varones (21,6%), (Intebi, I. 2008. *Abuso Sexual Infantil En las Mejores Familias*, 1ª Edición Buenos Aires: Editorial Granica).

En otro estudio realizado sobre 138 casos de niños abusados en la ciudad de Buenos Aires, entre abril de 1989 y diciembre de 1992, se encontró que el 76,8% (106 casos)



correspondía a victimización de niñas y el 23,2% (32 casos) a varones y las edades de detección fueron las siguientes:

- entre los 0 y los 5 años: 23,2% de las víctimas (32 casos);
- entre los 6 y los 11 años: 48,5% (67 casos), y
- mayores de 12 años: 28,2% (39 casos)

En el mapa nacional del abuso, la provincia de Misiones lidera las estadísticas. La Dirección Nacional de Política Criminal, la dependencia del Ministerio de Justicia que se dedica a recopilar las denuncias radicadas ante las distintas fuerzas de seguridad que operan en el país, tienen registradas en Misiones 69 violaciones de menores durante el primer semestre de 2004 (no hay estadísticas disponibles posteriores) Corrientes tuvo 51 casos en el mismo período; Chaco, 36; Entre Ríos, 29 y Formosa, 25. De todas formas, se sabe, la mayoría de las veces los casos no se denuncian. Por lo tanto, las estadísticas solo reflejan una parte ínfima del horror vivido por los chicos, puertas adentro.

En esta región, el comercio sexual es otra variante del abuso de menores. Dentro de esta categoría existen diferentes modalidades: tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil, prostitución infantil y pornografía infantil, vía Internet.

Según un muestreo realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la Triple Frontera y sus alrededores, se estima que hay unos 3.500 menores de 18 años que sufren habitualmente algún tipo de abuso habitualmente algún tipo de violencia sexual.

En otras regiones del país, la situación se repite, pero con algunas variantes. “En las provincias del sur, los abusos se dan especialmente en los meses de frío, cuando los niños se ven obligados a estar adentro de sus casas, a merced de sus padres”

Conviene destacar que en los últimos cinco años el número de varones que declara haber sido víctima de abuso sexual ha aumentado significativamente, ya en 1983 una investigadora norteamericana señalaba que los varones configuraban un 25% a un 35% del total de casos tratados en centros especializados en abuso sexual..

Este aumento en las denuncias no es un indicador de que existe un aumento real en el número de varones abusados, sino que el tema se mantuvo encubierto debido, posiblemente a razones culturales. A los niños, jóvenes y adultos del género masculino, les resultó más difícil hablar de abuso, de victimización, de lo que les pasaba, presionados por

un modelo de masculinidad relacionado con la fuerza física y por la expectativa social de que un varón debe saber cuidar de sí mismo y defenderse.

Es por esto que se hace necesario conocer la formación del Profesional Enfermero sobre el conocimiento a la hora de la detección precoz de los indicadores del abuso sexual infantil, ya que este cuadro tan complejo que nos moviliza como enfermeros y daña gravemente la salud de los niños sólo puede ser abordado por un grupo interdisciplinario, con interés y formación en el tema. Nuestra función en la detección es prioritaria como la protección del niño y la orientación a la familia.

### Aspectos legales

Los profesionales de la salud y todos aquellos que provienen de disciplinas afines son quiénes asumen la mayor parte de la responsabilidad en las primeras fases de la intervención en los complejos casos de violencia contra niñas, niños y adolescentes.

El impacto de los aspectos legales en lo que hace a esta tarea cotidiana con niños maltratados y abusados demanda una comprensión más acabada de las leyes y del sistema judicial vigente, necesaria además para trabajar en interdisciplina con el sistema legal y remedia, en alguna medida las dificultades de comunicación que suelen interponerse entre estos profesionales de la “primera línea” y los jueces, abogados e integrantes de las fuerzas policiales (Intebi, I., *Abuso Sexual Infantil*, 2008)

El Estado debe intervenir porque se trata de una CUESTION PUBLICA. Durante siglos los hechos de maltrato y abusos sucedidos en el seno de la familia o grupo conviviente eran considerados actos “privados” Esta definición derivaba de una visión de género y etaria, ya que la inmensa mayoría de la víctimas siempre han sido mujeres adultas, niñas, niños y adolescentes. Los que gobernaban era varones, los que ejercían la violencia eran varones y los que dictaban las leyes era varones. Aquella visión androcéntrica del abuso sexual infantil está empezando a cambiar. En la actualidad el reconocimiento de la existencia del fenómeno y sus características, así como de que el mismo lesiona derechos esenciales de los niños, obliga al Estado a actuar en todos los casos de que se tome conocimiento. (Rozansky, C. 2003 *Abuso Sexual Infantil*, 1ª Edición, Buenos Aires Editorial Ediciones B).

**La Ley Nacional N° 24417 de Protección contra la Violencia Familiar**-promulgada el 28 de diciembre de 1994 y reglamentada por el decreto N° 235/96- establece la obligatoriedad de denunciar, entre otras situaciones de violencia doméstica, todos aquellos hechos delictivos que tengan como víctimas a niños y adolescentes.

Porque la actuación judicial permite quebrar la situación de secreto y ocultamiento en que ocurren los casos de maltrato infantojuvenil, especialmente el abuso sexual, y las medidas cautelares que pueden tomar las autoridades del Fuero Civil posibilitan la interrupción de los episodios violentos y obliga a la sociedad representada por el Poder Judicial a tomar medidas que garanticen la seguridad de los niños y el cumplimiento de sus derechos.

**Ley 26061, de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes**, promulgada en Diciembre de 2005 y de competencia en toda la República Argentina.

Declaración de los Derechos del Niño (20 de noviembre de 1959).

Normas de Pekín para la Administración de Justicia Juvenil (29 de noviembre de 1985).

Normas de Riyadh para la Prevención de la Delincuencia Juvenil (14 de diciembre de 1990).

Convención por los derechos del Niño (20 de noviembre de 1989, ratificada por 191 países).

Es frente a este panorama y la magnitud del problema que se requiere de diversos abordajes y la capacitación constante de quiénes están en contacto con niños, la protección de la infancia no sólo demanda planes preventivos, sino también detección oportuna e intervenciones eficaces.

Parte de la tarea pendiente está vinculada a la formación de profesionales capacitados para facilitar la prevención y la detección precoz, así como la posibilidad de intervenir en las primeras etapas del problema, respetando plenamente el contexto cultural propio y las diferencias de las sociedades que tienen una trayectoria más amplia en éstos temas, y es justamente Enfermería uno de los pilares

**Ley 24.004, Régimen legal del ejercicio de la Enfermería**, sancionada por el Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, en su texto se puede leer lo siguiente:

Art. 2. - El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

Art. 3. - Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

## **OBJETO DEL TRABAJO**

### **Objetivo general:**

Identificar el nivel de conocimientos sobre indicadores específicos e inespecíficos de Abuso Sexual Infantil que posee el personal de Enfermería a la hora de atender demanda pediátrica en los Servicios del Área Programática y Establecimiento Asistencial Gobernador Centeno de la ciudad de General Pico, provincia de La Pampa.

### **Objetivos específicos:**

- Realizar una encuesta al personal de Enfermería de los Servicios de Internación, Guardia y Consultorios de Pediatría del Hospital Gobernador Centeno y de los Centros de Salud dependiente del Área Programática de dicho Hospital, en relación al ASI.
- Caracterizar los encuestados según sexo, nivel de formación, situación de revista, antigüedad y situación de revista.
- Preguntar sobre el concepto que poseen sobre ASI
- Indagar sobre la importancia que atribuyen a los indicadores específicos e inespecíficos de ASI.
- Analizar las respuestas obtenidas para inferir sobre el conocimiento que se posee.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en efectores de Salud Pública de General Pico, dependientes del Ministerio de Salud del Gobierno de La Pampa, previa autorización del personal directivo del Hospital Gobernador Centeno.

La población que dio origen al estudio se integró con Enfermeros de Servicios de Atención pediátrica del Establecimiento Asistencial “Gobernador Centeno” y Centros de Salud que integran el Área Programática de la ciudad de General Pico.

Si bien el Establecimiento Asistencial “Gobernador Centeno” es un efector de nivel 6<sup>8</sup>, en el área pediátrica se realizan tareas de Atención Primaria de Salud<sup>9</sup> (APS), la cual es primordial en los Centros de Salud.

La investigación realizada es de tipo descriptiva de corte transversal. Se realizó durante el mes de agosto del año 2009. Los datos fueron recolectados por la tesista.

La muestra se obtuvo de manera aleatoria. Se visitaron los centros de Salud y los servicios del Hospital; y se entregaron los cuestionarios a los enfermeros. Algunos lo respondieron en el momento que se encontraba el encuestador presente y otros solicitaron responderlo más tarde, por lo que se visitaron nuevamente los efectores para recoger las respuestas.

El instructivo de recolección de datos consistió en un cuestionario autoadministrado de preguntas abiertas y de opción múltiple. Fue diseñado por la tesista en supervisión de la Directora de Tesis. Se realizó una prueba piloto mediante encuesta por correo electrónico a personal de enfermería de distintos efectores de salud. En virtud de los resultados, el instructivo fue mejorado para la aplicación definitiva. (ver Anexo I)

Se definieron variables universales y específicas. En el Cuadro N° 2

---

<sup>8</sup> Los niveles hospitalarios, están establecidos en la Ley Provincial N° 1279 y determinan el nivel de complejidad. En el caso del Establecimiento Asistencial “Gobernador Centeno” es el segundo en complejidad de la provincia.

<sup>9</sup> La declaración de ALMA ATA, denomina Atención Primaria de la Salud (APS) a la estrategia de asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan aceptar, en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de alta responsabilidad y autodeterminación. Salud para Todos en el Año 2000. Alma Ata (1978)

<u>Cuadro N° 2 Definición operacional de variables</u>		
Variable	Definición operativa	Indicador
Edad	Años de edad	Pertenencia a un Grupo etario
Sexo	Género del encuestado	Femenino Masculino
Nivel de Formación	Estudios alcanzados en relación con la profesión de enfermería	Licenciado Profesional Auxiliar de Enfermería Otros
Fecha de ingreso	Fecha de ingreso en la Administración Pública Provincial (APP)	Día/mes/año
Categoría	Situación de revista en la APP	Permanente Contratado Ley 2343 Otros
Concepto de Abuso Sexual infantil	Respuesta al concepto propio de ASI	Tipo de respuesta
Causa de No denuncia	Razones por las cuales las víctimas de ASI y/o sus familiares no denuncian el hecho.	Clasificación de las opciones dadas: (del 1 al 5)
Situaciones que pueden favorecer el ASI	1- Creer en existencia de ASI por la expresión de parte del supuesta víctima	Siempre A veces Nunca No responde
	2- Existencia de mayor riesgo de ASI por presencia de violencia intrafamiliar	Siempre A veces Nunca No responde
	3- Existencia de mayor riesgo de ASI por consumo de alcohol y drogas	Siempre A veces Nunca No responde
	4- Existencia de ASI por fotografiar o filmar niños o adolescentes desnudos con el fin de obtener satisfacción sexual.	Siempre A veces Nunca No responde
Indicadores de ASI en lactantes, preescolares, escolares y adolescentes.	Signos y síntomas que pueden ser indicadores de ASI	Siempre A veces Nunca No responde



### Análisis y resultados

Para la realización de la presente investigación se encuestaron 36 enfermeros de distinto nivel de formación que al momento de la encuesta se encontraban trabajando en el Establecimiento Asistencial “Gobernador Centeno” y en Centros de Salud del Área Programática de la ciudad de General Pico. Cabe aclarar que estos efectores son instituciones públicas, dependientes de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de La Pampa.

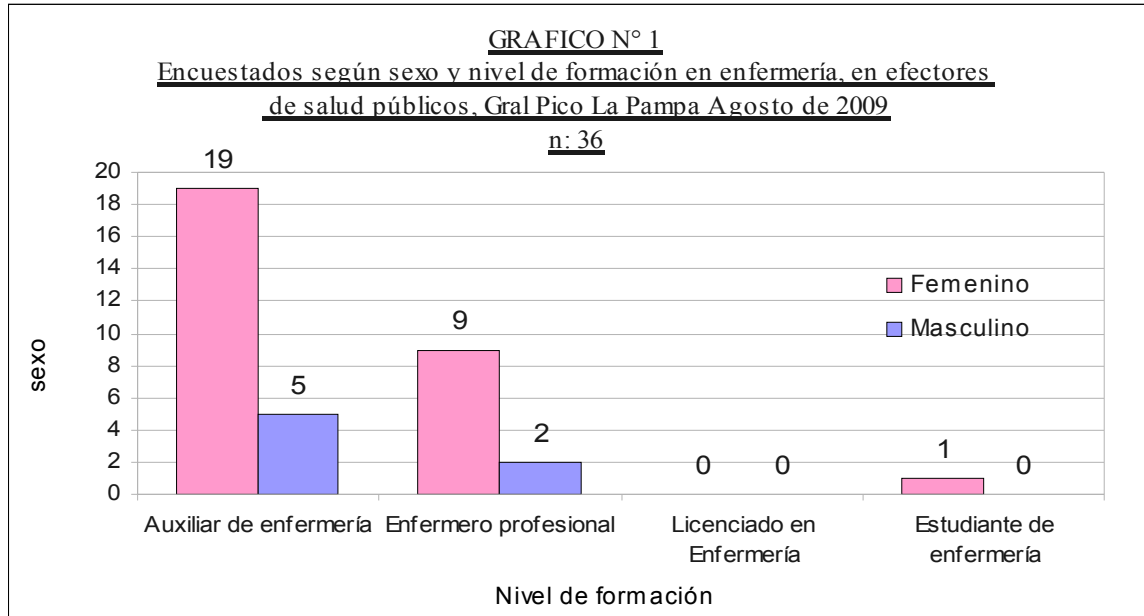
Tabla N° 1: <u>Enfermeros encuestados sobre conocimiento de Indicadores de Abuso Sexual Infantil, según nivel de formación y sexo. Gral Pico La Pampa. Agosto de 2009</u>						
n:36						
Sexo Nivel de formación	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
Auxiliar de enfermería	19	79,17	5	20,83	24	66,67
Enfermero profesional	9	81,82	2	18,18	11	30,56
Licenciado en Enfermería	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Estudiante de enfermería	1	100,00	0	0,00	1	2,78
<b>Frecuencias</b>	<b>29</b>	<b>80,56</b>	<b>7</b>	<b>19,44</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

En la Tabla N° 1 se muestra predominio del sexo femenino y de auxiliares de enfermería. Esta conformación de los planteles de enfermería supera la Categoría ACEPTABLE y no alcanza a la Categoría BUENA, que considera la Resolución 194/95 del MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL en el marco del PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> La Resolución 194/95 (citada) considera que Plantel de Enfermería debería estar compuesto básicamente por:  
 – 40 % Enfermeros Profesionales y 60 % Auxiliares de Enfermería.  
 Así mismo establece que. La modificación de los porcentajes correspondientes redundará en una variación de la calidad de la prestación de Enfermería que podríamos clasificar de la siguiente forma:  
 – Muy deficiente: Hasta el 100 % entre Auxiliares de Enfermería y Empíricos.  
 – Deficiente: 5 % de Enfermeros Profesionales; 75 % de Auxiliares de Enfermería y 20 % de Empíricos.  
 – Regular: 10 % de Enfermeros Profesionales; 90 % de Auxiliares de Enfermería.  
 – Aceptable: 25 % de Enfermeros Profesionales; 75 % de Auxiliares de Enfermería.  
 – Buena: 40 % de Enfermeros Profesionales; 60 % de Auxiliares de Enfermería.  
 – Muy Buena: 70 % de Enfermeros Profesionales; 15 % Licenciados en Enfermería; 15 % de Enfermeros Especialistas; 40 % de Enfermeros Generalistas; 30 % de Auxiliares de Enfermería.

Los datos de la Tabla N° 1 se grafican en el Gráfico N° 1, donde se puede apreciar la supremacía del sexo femenino con el mínimo nivel de formación.



Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

Para mejor estudio de la variable edad, se clasificaron los encuestados en cinco grupos etarios.

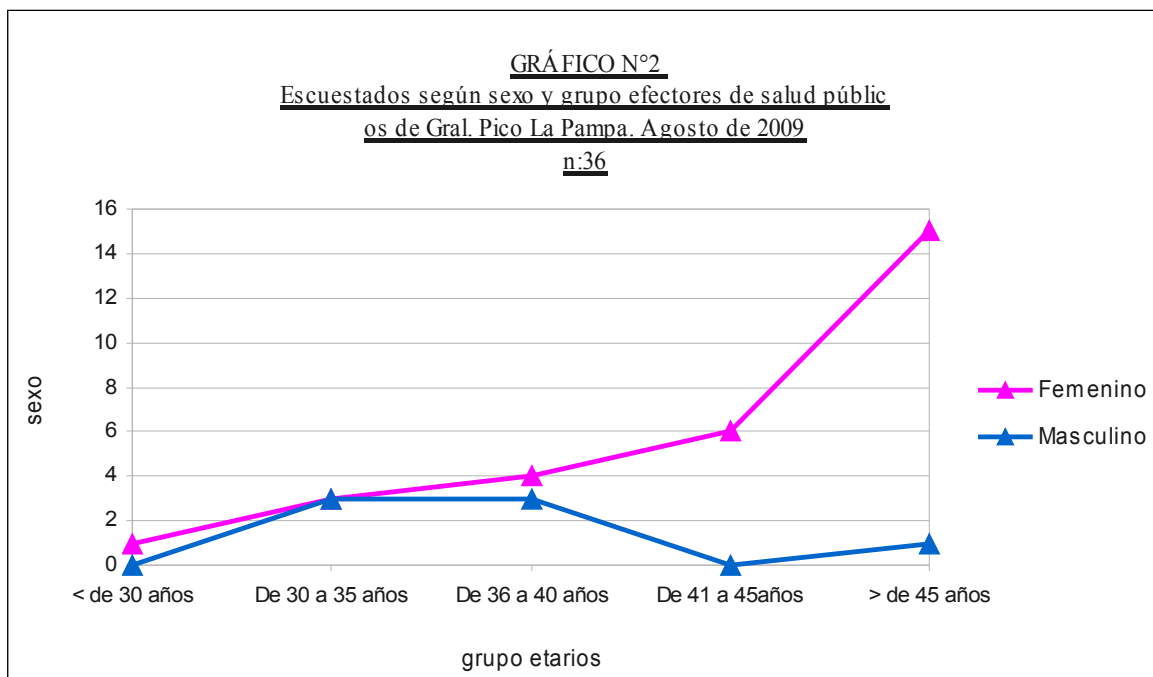
**Tabla N° 2: Enfermeros encuestados sobre conocimiento de Indicadores de Abuso Sexual Infantil, según grupo etario y sexo. Gral Pico La Pampa. Agosto de 2009**  
**n:36**

Sexo	Grupo etario	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
	< de 30 años	1	100,00	0	0,00	1	2,78
	De 30 a 35 años	3	50,00	3	50,00	6	16,67
	De 36 a 40 años	4	57,14	3	42,86	7	19,44
	De 41 a 45 años	6	100,00	0	0,00	6	16,67
	> de 45 años	15	93,75	1	6,25	16	44,44
<b>Frecuencias</b>		<b>29</b>	<b>80,56</b>	<b>7</b>	<b>19,44</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

En la Tabla N° 2 se muestra que la mayoría de los encuestados poseen más de 45 años de edad. Los enfermeros acusan décadas trabajando y desgaste propio de la actividad, aludiendo negativa a la propuesta de formación y/o capacitación.

El Gráfico N° 2 muestra la tendencia diferente entre sexos ya que la curva de edades femeninas es ascendente y la curva masculina es descendente. Ello equivale a mayoría de enfermeras mayores de 40 años, mientras que en este grupo etario son minoría los enfermeros.



Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

La situación de revista en el estado provincial, reúne distintas categorías: *Permanente* refiere al empleado que está en planta estable de la Administración Pública Provincial. *Contratado* es el empleado que goza de un contrato que puede ser rescindido o puede pasar a la planta permanente. Estas categorías están establecidas en las Leyes provinciales N° 643 (Estatuto del Empleado Público) y la Ley 1279 (Ley de Carrera Sanitaria).

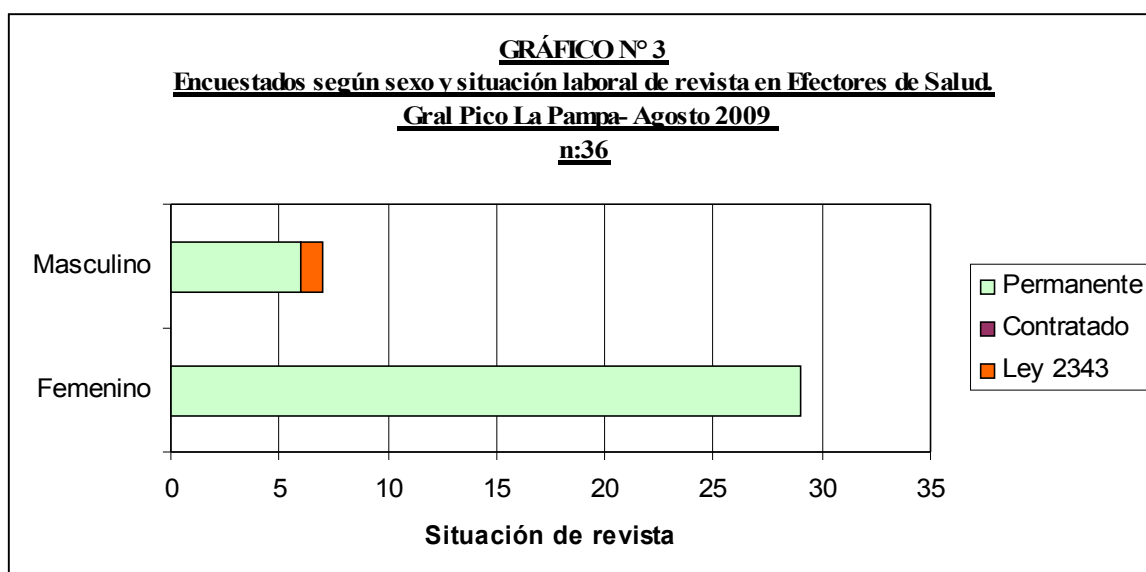
También se han incorporado recursos humanos en el marco de la Ley 2343, la cual refiere a empleados con un régimen distinto de trabajo (menor formación, menor jornada laboral, menos beneficios sociales).

En la Tabla N° 3 se clasifican los encuestados según las categorías descriptas.

Tabla N° 3: <u>Enfermeros encuestados, según situación de revista y sexo. en efectores de salud Públicos en Gral Pico La Pampa. Agosto de 2009</u>						
n:36						
Situación de revista	Sexo Femenino		Sexo Masculino		Total	%
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Permanente	29	82,86	6	17,14	35	97,22
Contratado	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Ley 2343	0	0,00	1	100,00	1	2,78
<b>Frecuencias</b>	<b>29</b>	<b>80,56</b>	<b>7</b>	<b>19,44</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

Los datos de la Tabla N° 3 muestran que casi el 100% del recurso humano pertenece a la planta permanente del Salud Pública. Esto presume cierta situación de estabilidad laboral en el plantel de enfermería. Si bien en la encuesta se preguntó respecto de la antigüedad (Fecha de ingreso) no se pudo establecer ya que se observó un sesgo de memoria en los encuestados



Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

En el Gráfico N° 3 se puede ver la ausencia de contratados, esto indica que no se producen ingresos de personal a los planteles de enfermería y en el caso de la Ley 2343, se trata de personal de formación básica, por lo que se podría decir, relacionando con el Gráfico N° 1, que, en su mayoría, los planteles de enfermería están constituidos por recursos humanos permanentes, femeninos y de formación básica.

Ante la pregunta ¿Qué es para Ud. el Abuso Sexual Infantil?, se obtuvieron 34 respuestas y dos encuestadas no respondieron. Los datos se muestran en la Tbla N°4 y el Gráfico N° 4.

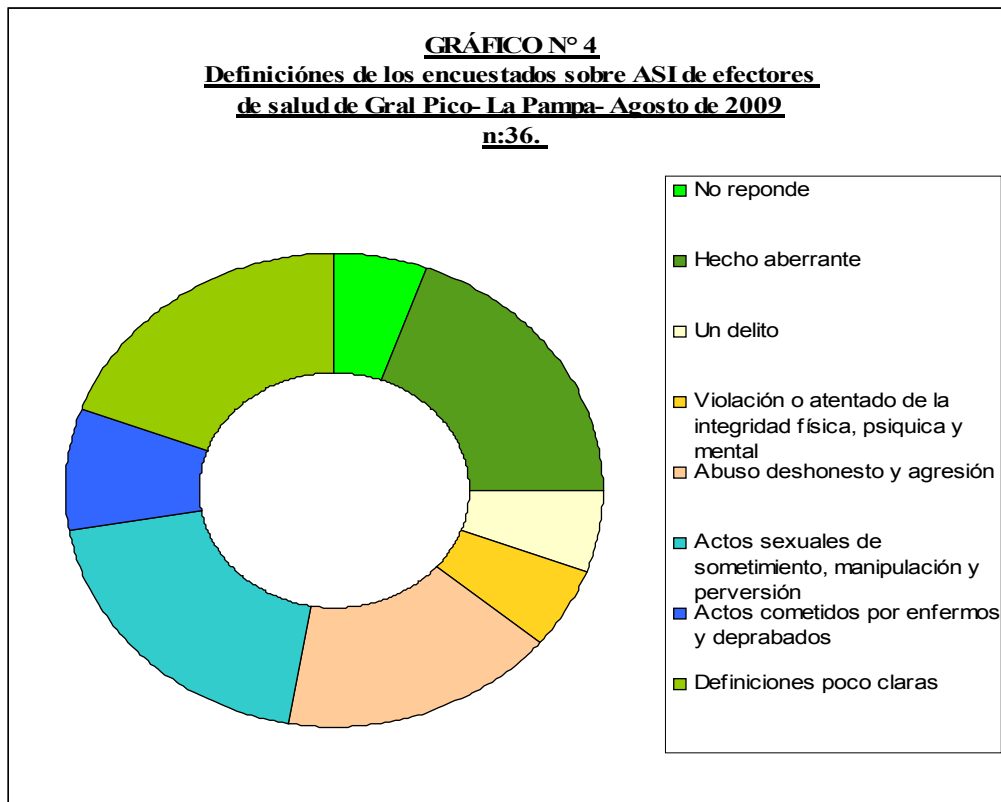
Tabla N°4: Enfermeros encuestados, según definición de ASI en Efectores de salud Públicos en Gral Pico La Pampa - Agosto de 2009

n:36

<b>Respuestas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No responde	2	5.56
Hecho aberrante	7	19.44
Un delito	2	5.56
Violación o atentado de la integridad física, psíquica y mental	2	5.56
Abuso deshonesto y agresión	6	16.67
Actos sexuales de sometimiento, manipulación y perversión	7	19.44
Actos cometidos por enfermos y depravados	3	8.33
Definiciones poco claras	7	19.44
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

De las respuestas obtenidas casi el 20% no expresa una definición clara, alude a detallar los tipos de abuso, expresar el sentimiento que les provoca o juzgar al victimario.



Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

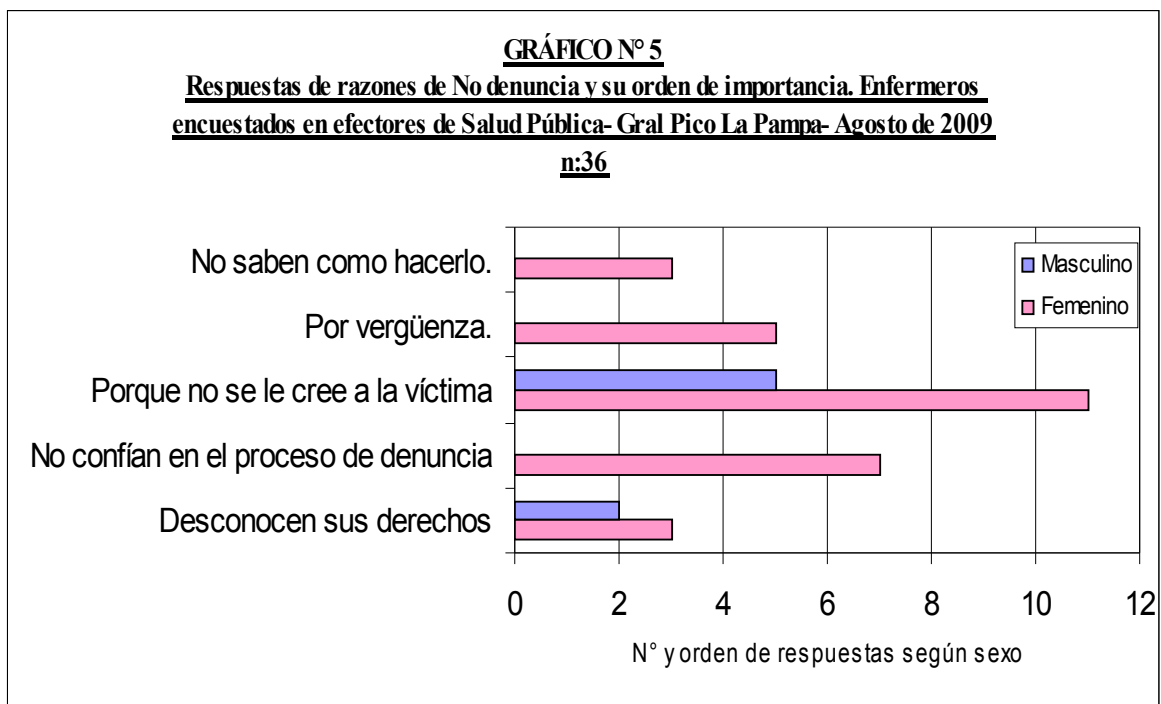
Los encuestados establecieron la relevancia de las causas de No denuncia de Abuso Sexual Infantil, según nivel de importancia, en escala de 1 a 5.

**Tabla N° 5: Enfermeros encuestados, según nivel de importancia de las causas de No denuncia de ASI-Efectores de Salud Pública -Gral Pico La Pampa – Agosto de 2009**

n:36						
Sexo						
	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
No denuncian porque:						
Desconocen sus derechos	3	8.33	2	5.56	5	13.89
No confían en el proceso de denuncia	7	19.44	0	0.00	7	19.44
Porque no se le cree a la víctima	11	30.56	5	13.89	16	44.44
Por vergüenza.	5	13.89	0	0.00	5	13.89
No saben como hacerlo.	3	8.33	0	0.00	3	8.333
<b>Frecuencias</b>	<b>29</b>	<b>80.56</b>	<b>7</b>	<b>19.44</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

En la Tabla N° 5 se muestra que más del 40% % de los enfermeros establecieron como más importante la falta de credibilidad en la víctima, siendo esta la respuesta elegida por ambos sexos. La causa de menor relevancia resulta ser la ignorancia de los procedimientos de denuncia. También es de destacar que casi un 20% muestra desconfianza en el proceso de denuncia. Los datos se ilustran en el Gráfico N° 5.



Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

En el Gráfico N° 5, llama la atención que los encuestados de sexo masculino sólo refirieron dos causas de No denuncia: No creer a la víctima, en primer lugar, y luego desconocer los derechos. En contrapartida las encuestadas femeninas, consideran todas las causas aunque dan distinta importancia a cada una, coincidiendo en las menores respuestas relacionadas con la ignorancia: No saben como hacerlo y desconocen sus derechos.

En la Tabla N° 6 se presentan los datos obtenidos, sobre el conocimiento de los enfermeros encuestados con respecto a las situaciones de riesgo para abuso sexual infantil.

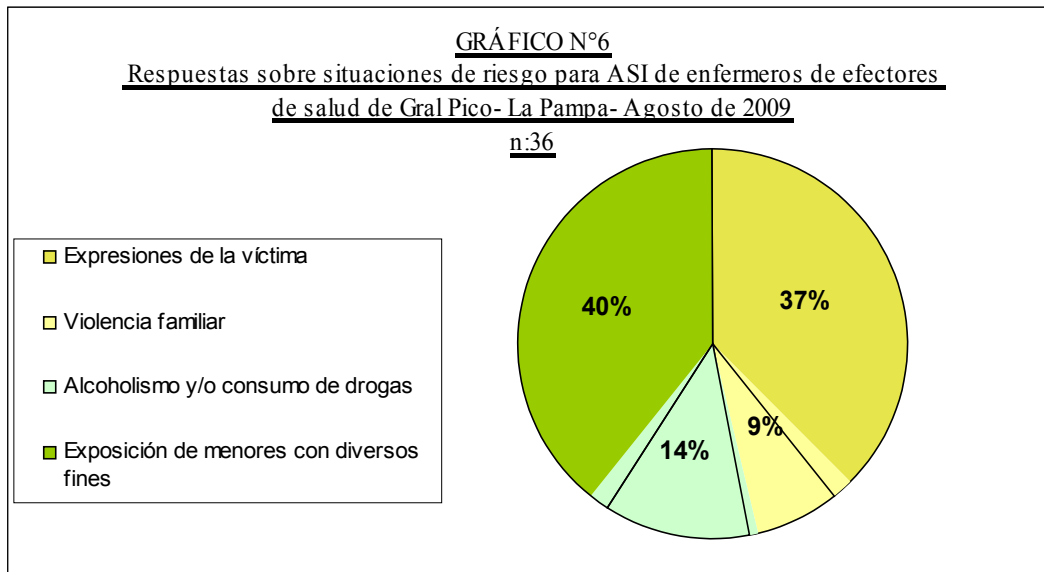
Tabla N° 6: <u>Enfermeros encuestados, según reconocimiento de situaciones riesgo para ASI - Efectores de Salud Públicos en Gral Pico La Pampa-Agosto de 2009</u>						
n: 36						
Frecuencia						
Situaciones de riesgo para ASI	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%
Cuando un menor exprese que ha sido o está siendo víctima de ASI hay que creerle?	34	97.14	1	2.86	0	0.00
En los hogares donde hay violencia intrafamiliar hay más riesgo de que ocurra un ASI?	8	22.22	28	77.78	0	0.00
En familias donde hay un integrante que consume alcohol u otras sustancias psicoactivas, hay más riesgo de que se cometa el ASI?	13	36.11	23	63.89	0	0.00
Fotografiar o filmar a niños, niñas y/o adolescentes desnudos con el fin de obtener satisfacción sexual y/o comerciar, es una forma de ASI?	36	100.00	0	0.00	0	0.00

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

Los cuatro indicadores son reconocidos como situaciones de riesgo para ASI, pues ninguno fue descartado, aunque no siempre son considerados. Cabe destacar la importancia que parece darse a las expresiones del niño, pues un encuestado piensa que sólo *a veces* puede ser un indicador de ASI, y un encuestado no respondió.

La cantidad de respuestas que *siempre* consideraron los distintos indicadores como riesgo para ASI, se representan en el Gráfico N° 6.





Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

El Gráfico N° 6 muestra que la violencia solo en un 9% es siempre considerada como indicador de ASI, también en el mismo concepto pero con un 14% se ubica al uso de alcohol y drogas. Esto hace presumir que es escasa la sospecha de ASI, ya que las consultas hospitalarias son más frecuentes por violencia y alcoholismo que por exposiciones pornográficas y expresiones de la víctima; teniendo en cuenta que en estos últimos casos, existen pocas razones por los que el menor pueda llegar a un efector de salud.

La Tabla N° 7, muestra las respuestas sobre situaciones que pueden indicar ASI.

**Tabla N° 7: Enfermeros encuestados, según reconocimiento de indicadores de ASI en lactantes -Efectores de salud Públicos en Gral Pico La Pampa- Agosto de 2009**

**n:36**

Indicadores de ASI en lactantes	Frecuencia		A veces		Nunca		No contesta	
	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	No contesta	%
Llanto excesivo sin razón aparente	7	19.44	26	72.22	2	5.56	1	2.78
Conducta irritable o agitación extrema	7	19.44	26	72.22	2	5.56	1	2.78

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

En cuanto a indicadores específicos de ASI, la Tabla N°7 mide el reconocimiento de dos indicadores básicos como los son el llanto sin razón aparente y la conducta irritable. Al respecto de estos dos indicadores, los enfermeros sólo le atribuyen un 19,44 % de importancia *siempre*. En ambos indicadores coinciden los porcentajes del 26 y 5.56 % para las categorías *A veces* y *Nunca*, respectivamente. Un encuestado no contesta.

Tabla N° 8: Enfermeros, según reconocimiento de indicadores de ASI en preescolares. Efectores de salud Públicos en Gral Pico La Pampa - Agosto de 2009

n:36

Frecuencia	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	No contesta	%
Indicadores de ASI en preescolares								
Regresión de alguna fase del desarrollo	5	13.89	29	80.56	1	2.78	1	2.78
Miedo excesivo	12	33.33	23	63.89	0	0.00	1	2.78
Juegos sexuales repetitivos con compañeros y muñecos	21	58.33	15	41.67	0	0.00	0	0.00

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

En la Tabla N° 8 se muestran los indicadores de reconocimiento de ASI en niños en etapa pre-escolar. Los Juegos sexuales repetitivos con compañeros y muñecos; se reconoce *siempre* como indicador de ASI en el 58 % de los casos. Todos los indicadores, son reconocidos para los encuestados *a veces*, aproximadamente entre el 41 y el 80 % de las respuestas.

Tabla N° 9: Enfermeros encuestados, según reconocimiento de indicadores de ASI en escolares. Efectores de salud Públicos en Gral Pico La Pampa - Agosto de 2009

n:36

Frecuencia	Siempre	%	A veces	%	Nunca	%	No contesta	%
Indicadores de ASI en escolares								
Aislamiento	6	16.67	29	80.56	0	0.00	1	2.78
Disminución del rendimiento escolar	3	8.33	32	88.89	1	2.78	0	0.00
Manchas de sangre en ropa interior	17	47.22	18	50.00	0	0.00	1	2.78
Quejas somáticas (cefaleas, dolores estomacales)	4	11.11	31	86.11	0	0.00	1	2.78

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

En la Tabla N° 9 en la categoría *siempre* los indicadores tienen importancia entre el 8 y el 47 % de las respuestas. En la categoría *a veces*, se presentan los porcentajes más altos entre el 50 y 86% . Llama la atención que el tercer indicador (manchas de sangre en ropa interior) no logre mayor reconocimiento, visto no es un signo frecuente en escolares sanos.

En la Tabla N° 10, son reconocidos indicadores de ASI, *siempre*: entre el 5 y el 22 %, a veces entre el 72 y 88 %. Posiblemente, a la adolescencia se le atribuye un comportamiento extremista por lo que estos indicadores pueden ser atribuidos a otras situaciones. En el caso de los cambios de alimenticios se lo relaciona más con los modelos hedonista; la fuga del hogar e intentos de suicidio con problemas con los padres, escuela o pasionales y la conducta violenta con inadaptación a su entorno.

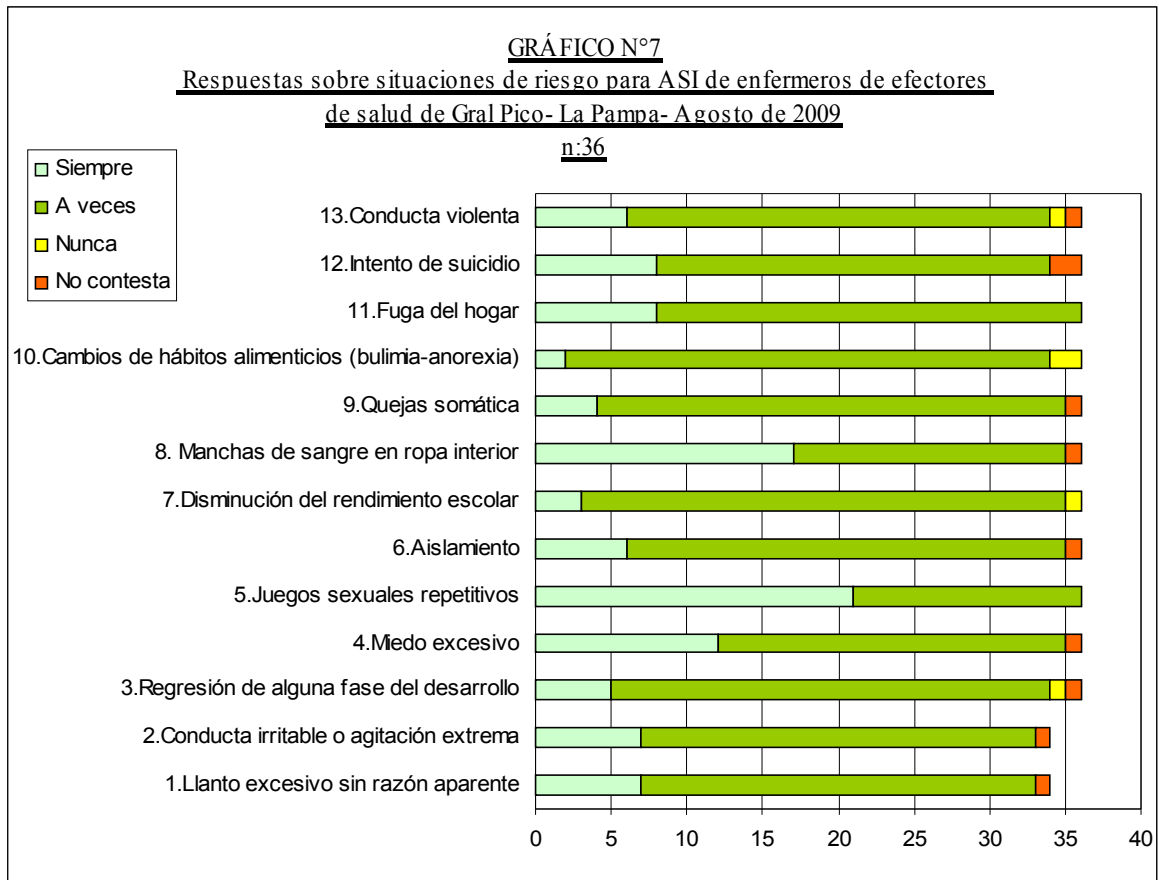
Tabla N° 10: Enfermeros encuestados, según reconocimiento de indicadores de ASI en adolescentes - Efectores de salud Públicos de Gral Pico La Pampa - Agosto de 2009

Indicadores de ASI en adolescentes	Frecuencia		A veces		Nunca		No contesta	
	Siempre	%	veces	%	%	%	%	%
Cambios de hábitos alimenticios (bulimia-anorexia)	2	5.56	32	88.89	2	5.56	0	0.00
Fuga del hogar	8	22.22	28	77.78	0	0.00	0	0.00
Intento de suicidio	8	22.22	26	72.22	0	0.00	2	5.56
Conducta violenta	6	16.67	28	77.78	1	2.78	1	2.78

Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

Las respuestas respecto del conocimiento de los indicadores específicos de ASI, ante las alternativas: *Siempre*, *A veces*, *Nunca* y *No contesta*: reúnen mayor porcentaje en la categoría *A veces*, en todos los grupos etarios.

Los datos se presentan en Gráfico N° 7.-



Fuente de datos: encuesta para Trabajo de Tesis. Nelci Aguirre 2009

En el Gráfico N° 7 se presentan en barras acumuladas la frecuencia de reconocimiento de situaciones de riesgo de ASI para lactantes (1 y 2); preescolares (3,4 y5); escolares (6,7,8 y 9) y adolescentes (10,11,12 y 13).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el estudio “IDENTIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA AL MOMENTO DE VALORAR LOS INDICADORES ESPECÍFICOS E INESPECÍFICOS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL EN EL AREA PROGRAMÁTICA, GENERAL PICO. AGOSTO 2009”, se encuestaron 36 enfermeros de distintos Centros de Salud y Servicios de asistencia pediátrica (0 a 13 años de edad) del Establecimiento Asistencial “Gobernador Centeno de General Pico, La Pampa. La muestra se conformó con 29 enfermeras (80,55 %) y 7 enfermeros (19,44%).

Se concluye que en su mayoría el plantel de enfermería que atiende la demanda pediátrica está constituido por recurso humano permanente, femenino y con formación básica.

Ante la pregunta de ¿Qué es el Abuso Sexual Infantil? Se obtuvieron diversas respuestas sin lograr una definición completa, tal como la propone la OMS: “*El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder*”. (Aluden a detallar los tipos de abuso, expresar el sentimiento que les provoca, juzgar al victimario, etc).

En cuanto a las preguntas de reconocimiento de situaciones de riesgo para ASI los cuatro indicadores fueron reconocidos ya que ninguno fue descartado, pero llama la atención que sólo el 9% considera a la violencia como un indicador de ASI *siempre*. En el caso de uso de alcohol y drogas, el 14 % lo relaciona *siempre* con ASI, esto hace suponer que es escasa la sospecha de abuso sexual infantil, más aún considerando que las consultas hospitalarias por violencia y alcoholismo son más frecuentes que por exposiciones pornográficas y expresiones de la víctima.

Para las respuestas de reconocimiento de Indicadores Específicos de ASI las respuestas más sobresalientes fueron éstas: En lactantes, los enfermeros sólo le atribuyen un 19,44 % de importancia (Siempre) al llanto excesivo sin conducta aparente y también a conducta irritable.

Refiriendo al reconocimiento de Indicadores Específicos en Preescolares; los juegos sexuales repetitivos con compañeros y muñecos se reconoce (siempre) como Indicador en un 58%.

Para los escolares la categoría (siempre) tiene importancia en el 47% de los encuestados, si bien es un alto porcentaje igual es de destacar que no sea mayor el reconocimiento del tercer indicador (manchas de sangre en ropa interior), visto que no es un signo frecuente en niños sanos.

Para las respuestas de reconocimiento de Indicadores de Abuso en adolescentes las mismas tienen que ver con prejuicios o estereotipos en que los problemas de los adolescentes se deben a otras causas, en el caso de los cambios en la conducta alimenticia (bulimia y anorexia) lo atribuyen a modelos hedonistas, a los intentos de suicidio o fugas del hogar con problemas con los padres, en la escuela o pasionales, mientras que las conductas violentas con inadaptación a su entorno.

Al realizar el análisis se observa la necesidad de capacitación en prevención de Abuso Sexual en la niñez y adolescencia de todo el personal de Enfermería en los distintos niveles: Auxiliar, Profesional y Universitario, ya que Enfermería es un nexo importante entre las familias en riesgo y las Instituciones de salud.

Un estudio realizado en el Policlínico Docente Cerro de La Habana (Cuba) por la Doctora María de los Angeles González Fernández, en donde el objetivo general fue identificar el déficit cognocitivo del personal médico y de enfermería con respecto al maltrato infantil a la hora de atender la demanda pediátrica, y a la hora de comparar y realizado el análisis se observa la misma necesidad de capacitación del personal ante la similitud de las respuestas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, Lucía (2005), De esto no se habla. Revista Rumbos, N° 74.
- Cinalli, Luís & Cinalli, Silvia (2006) Sexualidad Sana Liderazgo Sólido. Páginas 113-114-213-214. Imprenta Lux. Santa Fe. Argentina.
- Burns, N.& Grove. S., (2004), Investigación en Enfermería, 3ra., Edición, Madrid, Editorial Elsevier.
- Calvi, Bettina, (2006) Abuso Sexual en la Infancia ,1ra Edición Editorial Lugar.*
- Giberti, Eva, et al (1998) Incesto Paterno- Filial. 1° Edición, Buenos Aires. Editorial Universidad.*
- González Fernandez, María d los Angeles, [www.ilustrados.com/tema/10327/Estrategia-intervención-sobre-maltrato-infantil-área](http://www.ilustrados.com/tema/10327/Estrategia-intervención-sobre-maltrato-infantil-área) (2006).*
- Intebi, Irene (2008) Abuso Sexual Infantil, En las Mejores Familias. 1ra Edición, Buenos Aires, Editorial Granica.
- OPS. (2004) Problemas Sociales de Salud Prevalentes, Módulo 10 a, Pag 82.
- Olimpo Martínez, (1996), [olimpo@golfo.grm.sld.cu](mailto:olimpo@golfo.grm.sld.cu)
- Pascutti, Ximena (2005), De esto no se habla. Revista Rumbos. N° 74.
- Podesta, Marta del Carmen- Rovea Ofelia Laura (2005) Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar, 1° Edición, Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Previnfav. Manual de Prevención del Abuso Sexual Infantil.
- Rozansky, Carlos (2003) Abuso Sexual Infantil 1ra Edición, Buenos Aires, Editorial Ediciones B.
- Sacroisky, et al, (2007) Que hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente, P 357-367. Revista Argentina de Pediatría.

# Anexos



**ANEXO I**  
**INSTRUCTIVO DE REOLECCIÓN DE DATOS**

**Encuesta para valorar el conocimiento de los Indicadores de Abuso Sexual Infantil que posee el recurso humano de Enfermería en efectores de Salud Pública en la ciudad de General Pico que asisten la demanda en usuario de 0 a 13 Años de edad.**

Lugar donde presta servicio: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Edad:**

<input type="checkbox"/> < 30 años:	<input type="checkbox"/> 30 a 35 años	<input type="checkbox"/> 36 a 40 años	<input type="checkbox"/> 41 a 45 años.	<input type="checkbox"/> >45 años.
-------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	--	------------------------------------

**Sexo:**

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
------------------------------------	-----------------------------------

**Nivel de Formación:**

<input type="checkbox"/> Licenciado	<input type="checkbox"/> Profesional	<input type="checkbox"/> Cursa profesionalización.	<input type="checkbox"/> Auxiliar.	<input type="checkbox"/> Otro.
-------------------------------------	--------------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------

**Fecha de egreso:** \_\_\_\_\_

**Fecha de ingreso a Salud Pública:** \_\_\_\_\_

**Categoría en la que reviste:**

<input type="checkbox"/> Permanente.	<input type="checkbox"/> Contrato (Art. 5to.)	<input type="checkbox"/> Contrato (Art. 6to.)	<input type="checkbox"/> Contrato (Ley 2343.)	<input type="checkbox"/> Otros
--------------------------------------	---	---	---	--------------------------------

1: ¿Que es para Usted el Abuso Sexual Infantil?

2; Califique los siguientes enunciados utilizando los números de 5 a 1 (sin repetir) donde: 5 es el más importante, 4 es importante, 3 es regularmente importante, 2 es menos importante y 1 es nada importante.

	Las víctimas del ASI y/o sus familiares NO denuncian porque...
	Desconocen sus derechos
	No confían en el proceso de denuncia
	Porque no se le cree a la víctima
	Por vergüenza.
	No saben como hacerlo.

3: Responda cada pregunta marcando una sola opción con una x.

Indicadores inespecíficos	Siempre	Algunas veces	Nunca
3.1 Cuando un niño, niña o adolescente exprese que ha sido o está siendo víctima de ASI hay que creerle.			
3.2 En los hogares donde hay violencia intrafamiliar hay más riesgo de que ocurra un ASI.			
3.3 En las familias donde hay un integrante que consume alcohol u otras sustancias psicoactivas, hay riesgo de que se cometa el ASI.			
3.4 Fotografiar o filmar a niños, niñas y/o adolescentes desnudos con el fin de obtener satisfacción sexual y/o comerciar, es una forma de ASI.			

4: Considera Usted que las siguientes situaciones son indicadores de ASI:

4.1 Lactantes:	Siempre	Algunas veces	Nunca
Llanto excesivo sin razón aparente			
Conducta irritable o agitación extrema			
4.2 Preescolares	Siempre	Algunas veces	Nunca
Regresión de alguna fase del desarrollo: enuresis, encopresis, succión del pulgar, voz de bebé.			
Miedo excesivo: a la oscuridad, a irse a la cama a quedarse con ciertas personas.			
Juegos sexuales repetitivos: con compañeros, con muñecos.			
4.3 Escolares	Siempre	Algunas veces	Nunca
Aislamiento			
Disminución del rendimiento escolar			
Manchas de sangre en la ropa interior			
Quejas somáticas (cefaleas, dolores estomacales).			
4.4 Adolescentes:	Siempre	Algunas veces	Nunca
Cambio en hábitos alimenticios. Anorexia-bulimia			
Fuga de hogar.			
Intento de suicidio.			
Violencia.			

## Anexo II UN GRITO EN SOLEDAD

Camino por la vida con el alma marchita....  
sólo el dolor, el miedo, la vergüenza la agitan....  
Siento frío de muerte, y no hay nada de abrigo....  
Necesito a los otros, y estoy solo, conmigo....

Me han herido tan hondo los que tanto he querido,  
me han robado los sueños, sin haberlos tenido,  
me han dejado sin fuerzas, sin amor, sin estima,  
con la fe y la esperanza ya por siempre perdidas.

Pero un día cualquiera cuando pude contar  
Susurrando en palabras el tormento vivido,  
La ilusión me cegó pensé: conmovido!  
“ que la ley y los jueces cambiarían mi destino”

Y así fue que muy débil empecé otro camino,  
muy difícil, muy duro de poder transitar,  
porque lo imperdonable que habían hecho conmigo  
paradójicamente, yo debía probar.

Cómo puede probarse lo que es imposible,  
porque hoy todavía nadie pudo inventar,  
algo que llegue y vea en el fondo del alma  
las heridas y marcas que por siempre estarán.

Por eso yo les pido en el nombre de todos,  
a los que de algún modo algo puedan hacer,  
que recuerden que somos no sólo un expediente,  
sino aquellos que quieren del infierno volver.

Finalmente les dejo estas simples palabras,  
ojalá que ellas siempre orienten su accionar,  
porque en su interior llevan nuestra fe y confianza  
y lo que siempre en ustedes esperamos encontrar

Verdad  
Interés  
Compromiso  
Trabajo  
Intrepidez  
Memoria  
Ayuda

Marta Flox Podestá Marta del Carmen & Rovea Ofelia Laura (2005) Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar, 1ª Edición, Buenos Aires Editorial Espacio, Pag 107-108

