

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Facultad de Psicología

Tesis de pre - grado

"Estudio comparativo de indicadores objetivos y subjetivos respecto de la detección del Abuso Sexual Infantil por parte de padres, tutores, docentes y agentes de salud."

Alumnos: Cegna, Sebastián, Mat. 3667/96 445 5838

Rodríguez, Ma. Florencia, Mat. 3917/96 445 5863

Simini, Ma. Florencia, Mat. 3943/96 447 9123

Supervisor: Lic. Mercedes Minnicelli.

- Año 2004 -

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
T-PS	Donación
C	Alumnos a través de D.V. Alumnos
	N° INVENTARIO:
	R-375



Agradecemos:

- A las Instituciones y profesionales que colaboraron amablemente permitiéndonos el relevamiento de la información necesaria para la realización de este trabajo.
- Especialmente a la Lic. Mercedes Minnicelli, quien nos acompañó en este proceso de aprendizaje, brindándonos parte de su tiempo y conocimiento en la materia.
- A nuestras Familias ... por todo.

Unidad Académica: Facultad de Psicología.

Universidad Nacional de Mar del Plata.

Titulo del Proyecto: Estudio comparativo de indicadores objetivos y subjetivos respecto de la detección del Abuso Sexual Infantil por parte de padres, tutores, docentes y agentes de salud.

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89.

Apellido y Nombres de los Alumnos, Matrícula y Año, Tipo y Número de Documento de Identidad:

Cegna, Sebastián, mat. 3667/96, D.N.I. 26.057.429

Rodríguez, Ma. Florencia, mat. 3917/96, D.N.I. 26.057.778

Simini, Ma. Florencia, mat. 3943/96, D.N.I. 25.957.208

Apellido y Nombres del Supervisor: Lic. Mercedes Minnicelli.

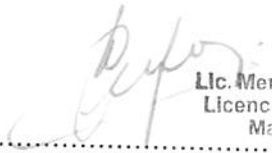
Cátedra o Seminario de Radicación: Seminario "Infancia, Derechos del Niño y Psicoanálisis".

Fecha de Presentación: 09 de diciembre de 2004.



“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Cegna, Sebastián; Rodríguez, María Florencia y Simini, María Florencia de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Cegna, Sebastián, matrícula N° 3667/96; Rodríguez, Ma. Florencia, matrícula N° 3917/96 y Simini, Ma. Florencia, matrícula N° 3943/96, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 09 días del mes de diciembre del año 2004”



Lic. Mercedes S. Minicelli
Licenciada en Psicología
Mat. Prof. 45737

Firma, aclaración y sello del Supervisor

INFORME DE EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR

Título del proyecto: Estudio comparativo de indicadores objetivos y subjetivos respecto a la detección del Abuso Sexual Infantil por parte de padres, tutores, docentes y agentes de salud.

a) Los objetivos particulares planteados para el proyecto fueron *cumplimentados*.

b) Los obstáculos que se fueron presentando pudieron ir resolviéndose a medida que se fue desarrollando el plan de trabajo. Los más significativos fueron los vinculados al acceso a los docentes a ser entrevistados en los establecimientos escolares y, la necesidad de rectificar suposiciones iniciales respecto a la función de ciertas ONG e instituciones públicas por parte de los alumnos.

c) El desarrollo del informe final expone la coherencia entre las actividades planificadas y las realizadas, fundamentando detalladamente las dificultades que se presentaron y la forma en las cuales las resolvieron, con una excelente disposición por parte de los alumnos Cegna, Rodríguez y Simini para la realización de su trabajo, destacándose además la actitud reflexiva permanente respecto al material de trabajo obtenido.

d) El informe presenta coherencia interna, destacándose el esfuerzo realizado para el análisis de los datos relevados en las 35 entrevistas realizadas a los profesionales y las 60 encuestas a padres.

La bibliografía consultada es amplia, demostrando un muy buen trabajo de rastreo bibliográfico mediante el cual dieron sustento a sus interrogantes e

hipótesis iniciales, las cuales fueron modificándose respecto del punto de partida inicial, dejando planteadas nuevas vías de investigación respecto a un tema tan complejo como lo es el abuso sexual infantil.

Este informe se recomienda enviar al Centro de Documentación como aporte para nuevas investigaciones posibles.

*El trabajo de investigación de los alumnos Sebastián Cegna, María Florencia Rodríguez y María Florencia Simini se encuentra a mi criterio **APROBADO**, destacando que cumple muy satisfactoriamente con los requisitos para la aprobación de un trabajo de investigación de pre - grado.*

Mar del Plata, 09 de diciembre de 2004



Lic. Mercedes S. Minicelli
Licenciada en Psicología
Mat. Prof. 45737

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Cegna, Sebastián, matrícula N° 3667/96; Rodríguez, Ma. Florencia, matrícula N° 3917/96 y Simini, Ma. Florencia, matrícula N° 3943/96”.

.....
Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

Fecha de aprobación:.....de.....del 2004.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROYECTO DE INVESTIGACION

REQUISITO CURRICULAR del PLAN DE ESTUDIOS 1989 (O.C.S.143/89)

- Apellidos y Nombres : Cegna, Sebastián.
Rodríguez, María Florencia.
Simini, María Florencia.

- Matricula y Año: 3667 / 96
3917 / 96
3943 / 96

- Cátedra o Seminario de radicación: Seminario "Infancia, Derechos del Niño y Psicoanálisis".
- Supervisor: Licenciada Mercedes Minnicelli

- Grupo de Investigación: "El desarrollo moral en el nivel inicial y primer ciclo de E.G.B."
- Director: Licenciado Orlando Calo.

- Título del proyecto: Estudio comparativo de indicadores objetivos y subjetivos respecto a la detección del Abuso Sexual Infantil por parte de padres, tutores, docentes y agentes de salud.

- Descripción resumida: Considerando que la problemática del Abuso Sexual Infantil requiere para su reconocimiento o detección la aceptación de su existencia, se abordará la misma como una forma dentro del Maltrato

Infantil de la que cualquier niño puede ser víctima. La presente investigación se centrará en la búsqueda de indicadores o síntomas que permitan su detección por parte de los profesionales que abordan esta temática. Llamaremos a los mismos Indicadores Objetivos, para lo cual tomaremos como fuente de datos a Irene Intebi (Intebi 1998). Estos serán comparados posteriormente con aquellos indicadores que son considerados en su práctica por psicólogos, asistentes sociales, médicos pediatras y docentes. Serán encuestados también padres y tutores, con el mismo fin. Llamaremos a los datos recolectados Indicadores Subjetivos. Finalmente, de acuerdo a la comparación entre Indicadores Objetivos y Subjetivos, se concluirá si existe correspondencia y/o diferencias entre ambos.

- Palabras clave: Abuso Sexual Infantil - Indicadores Objetivos - Indicadores Subjetivos - Detección Precoz-

- Descripción detallada:

- Motivo y antecedentes:

El Maltrato Infantil implica una variedad de comportamientos: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, abandono físico, emocional, niños testigos de violencia (Corsi, 1991).

Para los propósitos de este trabajo limitaremos el tema al Abuso Sexual Infantil (A.S.I.) y los efectos psíquicos que produce en los niños afectados, considerando a éste como "el compromiso de un niño inmaduro y dependiente en actividades sexuales que no comprende y para las cuales no está capacitado para dar su consentimiento o que violen los tabúes sociales de los roles familiares" (Goldberg y Kuitka, 1995).

Destacamos el hecho que el niño abusado, por su propia indefensión, no puede dar su consentimiento válido al agente del abuso, sea éste integrante de la familia, es decir ligado por lazos de parentesco (incesto) o ajeno a ella (extrafamiliar). Para que el consentimiento sea válido se necesita de la plena comprensión, el dimensionamiento de los alcances de la acción y la libre

aceptación de la misma por parte del niño, lo cual es posible después de haber accedido a la suficiente maduración psíquica (Miotto, 2001).

El A.S.I. supone un acontecimiento traumático de carácter sexual, ya que las experiencias sexuales de las que los niños abusados son víctimas, resultan inapropiadas para su edad; aún cuando no medie violencia o daños reales (DSM - IV, 1995).

Los efectos traumáticos pueden ser de gran alcance, al punto de moldear la personalidad y el desarrollo psicosexual de quien resulta ser víctima. En muchas ocasiones los niños pueden no llegar a manifestar efectos post-traumáticos inmediatos, de allí la importancia de diagnosticar precozmente para poder atenuarlos (Goldberg y Kuitca, 1995).

Jorge Volnovich (2002), al hablar de A.S.I., hace hincapié en que lo que define a la situación de abuso, es el hecho de tratarse de una relación de poder; que busca por parte del perpetrador y por medio de la amenaza, establecer y mantener el silencio del niño involucrado.

De esta manera, también se resalta la importancia de la Detección Precoz de las situaciones de A.S.I., ya que ésto permitiría romper el silencio y hacer público un hecho que se intenta mantener velado para su perpetuación.

Entendemos que para poder establecer el diagnóstico de A.S.I., asegurar la protección del niño ante la posibilidad de repetición de episodios abusivos, y prevenir los efectos a largo plazo, sería necesario que exista por parte de quienes se encuentran en contacto con niños el conocimiento de los indicadores de Abuso Sexual Infantil.

La presente investigación se centrará en la comparación entre los Indicadores "Objetivos" señalados inicialmente, aunque no de manera exclusiva, por Irene Intebi (1998), y aquellos que son considerados en su práctica por psicólogos, asistentes sociales, médicos pediatras y docentes, Indicadores "Subjetivos". Serán encuestados padres y tutores con el mismo fin.

Finalmente, de acuerdo a la comparación entre Indicadores Objetivos y Subjetivos, se concluirá si existe correspondencia y/o diferencias entre ambos. Creemos que una exploración como la que proponemos nos permitirá conocer

una arista importante en la problemática del A.S.I., para que como futuros profesionales de la Psicología podamos pensar posibles vías de intervención.

- Objetivos Generales:

- Promover la detección precoz del A.S.I. con el fin de atenuar los efectos del silenciamiento del hecho y perpetuación del abuso sobre el niño.
- Relevar y analizar bibliografía, investigaciones, publicaciones pertinentes para el análisis del tema.

- Objetivos Particulares:

1. Comparar el grado de correspondencia y/o diferencia entre los considerados como Indicadores "Objetivos" (Intebi, 1998) de que un niño ha padecido abuso sexual y los indicadores que consideran en su práctica profesionales de la salud, docentes, tutores y padres.

1.1. Diseñar y aplicar el instrumento de investigación que permita relevar -para su posterior comparación- los Indicadores Objetivos y Subjetivos.

1.2. Determinar si los Indicadores utilizados por los profesionales de la salud se corresponden, se diferencian y/o se distancian de los considerados Objetivos para arribar a una detección precoz.

2. Proyectar estrategias para la detección del A.S.I. de acuerdo a los resultados obtenidos.

- Métodos y Técnicas: Métodos cuanti-cualitativos.

- Relevamiento bibliográfico de investigaciones y revistas de difusión del campo de la Pediatría, Psicología y Servicio Social.
- Entrevistas semi-dirigidas a profesionales de la salud.
- Recolección de datos mediante técnica de encuesta.
- Análisis, comparación e interpretación de los datos recolectados.

- Lugar de realización del trabajo:

Para la puntualización de los Indicadores Objetivos:

- Recolección bibliográfica y de investigaciones sobre el tema por diferentes medios: internet, bibliotecas, centros de documentación.
- Entrevistas a informantes claves: Peritos Psicóloga y Asistente Social del Tribunal de Menores; Personal del equipo de las Defensorías

correspondiente a la temática; Peritos Psicólogos inscriptos en el Registro Oficial.

Para la recolección de datos sobre los Indicadores Subjetivos:

- Escuelas estatales: Escuela N°66; y Escuela N°13 (docentes y padres)
- Escuelas privadas: Instituto San Antonio; Colegio Atlántico del Sur (docentes y padres)
- Centros de salud: Instituto Regional Especializado Materno Infantil (I.R.E.M.I.), Hospital Privado de Comunidad, Clínica 25 de Mayo, Centro de Salud del barrio Libertad, Clínica del Niño y de la Madre.
- Vía pública.

- Cronograma de Actividades:

Actividades a realizar	Meses									
	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	
Diseño del proyecto	X	X	X	X						
Presentación proyecto				X						
Relevamiento bibliográfico	X	X	X	X	X	X				
Entrevista a informantes claves					X	X	X			
Confección instrumento					X	X				
Administración encuestas						X	X			
Análisis de datos							X	X	X	
Redacción informe final								X	X	

- Bibliografía básica de referencia:

Bringiotti, M.I. (1998). Abuso sexual infantil: ¿qué podemos hacer en la escuela?. *Revista de victimología*, N°13, Córdoba, Centro de Asistencia a la Víctima.

Corsi, J. (1991). Algunas cuestiones básicas sobre Violencia familiar. *Revista Derecho de Familia* N°4.

Degano, J. A. y col. (1993). *El sujeto y la ley y otros temas psicológico forenses*. Rosario: Ed. Homo Sapiens.

Di Bártolo, I. (2003). Factores de riesgo para la salud mental en la niñez. En *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Aportes de Investigación en Psicología*, (2003, agosto, 14, 15). Tomo I. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Dohmen, M. (2003, abril, mayo, junio). Abuso sexual infantil. *Revista del Colegio de Psicólogos. Distrito X. Provincia de Buenos Aires, año VII*.

Durrant, M.; White, Ch. (1993). *Terapia del abuso sexual*. Ed. Gedisa.

Fugaretta, J.C.; Romano, E. (comp.) (2001). *Nuevas perspectivas interdisciplinarias en violencia familiar*. Buenos Aires: Ed. Ad. Hoc.

Gardiner, G.M.; Neuendam, N. (2001). Delito sexual, posible resarcimiento económico o victimización secundaria. Buenos Aires, *Trabajo presentado en V Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XII Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P.*

Gerez Ambertín, M. (2003). La intervención jurídica en los casos de incesto paterno-filial. En *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Aportes de Investigación en Psicología*, (2003, agosto, 14, 15). Tomo II. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Goldberg, D.; Kuitca, M. (1995). *Maltrato infantil* (cap. VI). Buenos Aires: Ed. Urbano.

Grossman, C.; Mesterman, S. (1998). *Maltrato al Menor. El lado oscuro de la escena familiar*. Buenos Aires: Ed. Universidad.

Intebi, I. (1998). *Abuso Sexual en las mejores familias*. Buenos Aires: Ed. Granica.

Lamberti, S.; Sánchez, A.; Viar, J. (comp.) (2003). *Violencia familiar y abuso sexual*. Buenos Aires: Ed. Universidad.

Lamberti, S. (comp.) (2003). *Maltrato Infantil. Riesgos del compromiso profesional*. Buenos Aires: Ed. Universidad.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. (1995). Barcelona: Ed. Masson.

Manzanero, A. L. (1997). Evaluando el testimonio de menores testigos y víctimas de abuso sexual. *Anuario de psicología jurídica, volumen VI, 13-34*. Madrid.

Miotto, N. G.; Ruiz, R. H. (1993). Disfunción familiar y abuso sexual en menores. *XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Sociedad Interamericana de psicología. (S.I.P.). Santiago de Chile*.

Miotto, N. G. (2001). Abuso Sexual de menores, daño psíquico en el fuero penal. Buenos Aires, *Trabajo presentado en V Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XII Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P.*

Montes, G. (2001). *¿De qué hablamos cuando hablamos de derechos?*. *Convención sobre los Derechos del Niño*. Argentina: Unicef.

Pérez, E. y col. (2003). Los derechos del niño y la ley: un estudio exploratorio. En *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Aportes de Investigación en Psicología*, (2003, agosto, 14, 15). Tomo I. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Perrone, R.; Nannini, M. (1997). *Violencia y abuso sexuales en la familia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Rozanski, C.A. (2003). *Abuso sexual infantil. ¿Denunciar o silenciar?*. Buenos Aires: Ed. Ediciones B, grupo zeta.

Salas, M. y col. Los niños ante el riesgo de abuso sexual. En *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Aportes de Investigación en Psicología*, (2003, agosto, 14, 15). Tomo II. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Sanz, D.; Molina, D. (1999). *Violencia y abuso en la familia (cap. II; III)*. Buenos Aires: Ed. Lumen Humanitas.

Tesone, J.E. (1984). Entorno al niño maltratado físicamente. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires, volumen XXVI, N°111*.

Tesone, J.E. (1998, octubre 22, 23, 24). ¿Será cierto lo que dice?. Valoración del discurso de los niños y de los adolescentes en caso de revelación de abuso sexual. *II Congreso Nacional y IX Jornadas de A.D.E.I.P.* Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe. Publicado en: *Abreletras* (1999) U.N.L.P.: Ed. De la campana.

Volnovich, J. (1999). *Los cómplices del silencio. Infancia, subjetividad y practicas institucionales*. Buenos Aires: Ed. Lumen Humanitas.

Volnovich, J. (comp.) (2002). *Abuso sexual en la Infancia*. Buenos Aires - Mexico: Ed. Lumen Humanitas.

Paginas de internet:

www.web.jet.es/amsalud/incesto/ievitar.html.

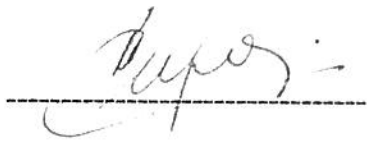
www.savethechildren.es/org.htm.

www.inmedsuc.com/revista/115 e-mail: revista@inmedsuc.com

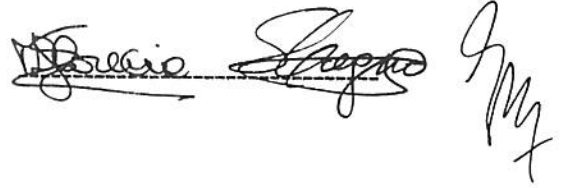
www.acheronta.org

Firma del Supervisor

Firma del/los alumnos



Lic. Mercedes S. Minnicelli
Licenciada en Psicología
Mat. Prof. 45737




P/Area de Investigación

Resultado de la evaluación (aprobado/ rehacer)

APROBADO

Fecha:

11 / Agosto / 2004



CARMEN M. MOSTEIRÍN
PSICÓLOGA

ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	Pág. 01
Capítulo I: Consideraciones Preliminares.....	Pág. 04
- Modificaciones.....	Pág. 04
- Obstáculos.....	Pág. 10
- Observaciones Generales.....	Pág. 14
- Metodología.....	Pág. 16
Capítulo II: Desarrollo Teórico Conceptual.....	Pág. 22
- Abuso Sexual Infantil...buscando una definición.....	Pág. 25
- Características de la relación abusiva.....	Pág. 27
- Sobre los efectos del A.S.I. en el Psiquismo.....	Pág. 30
Capítulo III: Trabajo de Campo.....	Pág. 44
- Observaciones, Reflexiones, Interrogantes e Hipótesis.....	Pág. 44
- Datos obtenidos en la Investigación.....	Pág. 63
Capítulo IV: Análisis de Datos.....	Pág. 70
- Análisis Cuanti-Cualitativo.....	Pág. 70
- Comparación de los Indicadores Objetivos (I. Intebi) con los Indicadores Subjetivos (entrevistados/encuestados).....	Pág. 103
- Indicadores Subjetivos no encontrados en el listado de Indicadores Objetivos.....	Pág. 109
Capítulo V: Discusión.....	Pág. 111
- Indicador Cambios de Conducta.....	Pág. 111
- Indicador Retraimiento.....	Pág. 114

- Indicador Relato.....	Pág. 118
- Indicador Miedos.....	Pág. 123
- Indicador Silenciamiento.....	Pág. 125
- Indicador Agresividad.....	Pág. 129
- Indicador Tristeza.....	Pág. 132
- Indicador Marcas en el Cuerpo.....	Pág. 132
- Indicador Problemas de aprendizaje.....	Pág. 135
- Indicadores Enuresis y Encopresis y Manifestaciones Psicosomáticas.....	Pág. 136
- Indicadores relacionados con Manifestaciones Sexuales.....	Pág. 139
Capítulo VI: Conclusiones Preliminares y Posibles Vías de Análisis.....	
.....	Pág. 144
Anexo.....	Pág. 154
Bibliografía.....	Pág. 163

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadros

- N° 1.....	Pág.21
- N° 2.....	Pág.64
- N° 3.....	Pág.72
- N° 4.....	Pág.73
- N° 5.....	Pág.75
- N° 6.....	Pág.77
- N° 7.....	Pág.82
- N° 8.....	Pág.86
- N° 9.....	Pág.90

Gráficos

- N° 1.....	Pág.92
- N° 2.....	Pág.93
- N° 3.....	Pág.94
- N° 4.....	Pág.95
- N° 5.....	Pág.96
- N° 6.....	Pág.97
- N° 7.....	Pág.98
- N° 8.....	Pág.99
- N° 9.....	Pág.99
- N° 10.....	Pág.100
- N° 11.....	Pág.101
- N° 12.....	Pág.102

INTRODUCCIÓN

Por considerar al *Abuso Sexual Infantil* como una experiencia de la que muchos niños han sido y son víctimas, entendemos que para poder establecer su diagnóstico, asegurar la protección del niño ante la posibilidad de repetición de episodios abusivos y prevenir sus efectos a largo plazo, es necesario que exista en principio, por parte de quienes se encuentran en contacto con los mismos, la aceptación de su existencia. También creemos pertinente el acceso a cierto grado de conocimiento acerca de cómo se da dicha situación, cómo se puede detectar y los efectos que la misma ocasiona, para de esta forma poder llegar a pensar, de ser posible, vías de prevención, promoción y/o intervención.

De acuerdo con el DSM – IV (1995, p. 435), el A.S.I. supone un acontecimiento traumático de carácter sexual, ya que las experiencias de las que los niños abusados son víctimas, resultan inapropiadas para su edad; aún cuando no medie violencia o daños reales.

Goldbeg y Kuitca (1995, cap. 6) consideran a los efectos del A.S.I. como efectos traumáticos que pueden ser de gran alcance, al punto de moldear la personalidad y el desarrollo psicosexual de quien resulta ser víctima. En muchas ocasiones los niños pueden no llegar a manifestar efectos post-traumáticos inmediatos, de allí la importancia de diagnosticar precozmente para poder atenuarlos.

En la presente investigación abordaremos una arista de la problemática del A.S.I., considerando principalmente cuál es el grado de conocimiento que existe sobre la mencionada temática. Para ello hemos realizado una comparación entre los indicadores señalados por la doctora I. Intebi (1998, cap. 6 y 7), especialista en la temática y aquellos considerados en su práctica por psicólogos, asistentes sociales, médicos pediatras y docentes, así como también aquellos ofrecidos por padres, madres, tutores. Hemos tenido en cuenta a su vez a profesionales que por su especialidad y su compromiso en el abordaje de la temática consideramos informantes claves.

Este estudio comparativo nos permitió un acercamiento al tema de la detección precoz de las situaciones de abuso sexual infantil a partir de la consideración del grado de conocimiento que existe en la ciudad de Mar del Plata.

A los indicadores citados por Intebi (1998), les asignamos el nombre de *indicadores objetivos*, en tanto que los que fueron recolectados a partir de los instrumentos diseñados a los fines de la presente investigación, los llamaremos *indicadores subjetivos*. Entre ambos indicadores realizamos una comparación para concluir si existe correspondencia y/o diferencia entre los mismos.

El presente informe final consta de VI capítulos.

El capítulo I contiene las consideraciones preliminares. Las mismas incluyen la descripción de las modificaciones, los obstáculos, las observaciones generales y la metodología utilizada.



El capítulo II comprende el desarrollo teórico conceptual, en donde abordamos distintos aspectos del abuso sexual infantil.

El capítulo III está conformado por los aspectos principales del trabajo de campo. El mismo se divide en dos apartados: observaciones, reflexiones, interrogantes e hipótesis, y la presentación de los datos obtenidos en la investigación.

El capítulo IV incluye el análisis cuanti-cualitativo de los datos recogidos en el trabajo de campo.

En el capítulo V presentamos una discusión acerca de los datos más significativos tratando de problematizar los mismos.

En el capítulo VI se hallan las conclusiones preliminares a las que hemos arribado a partir de la investigación realizada y las posibles vías que, entendemos, habilita el presente estudio.

CAPÍTULO I

Consideraciones Preliminares

Modificaciones

La finalidad del presente apartado es aclarar al lector las modificaciones que sufrió el proyecto inicial de esta investigación. Estas son consecuencia del entrecruzamiento de dicho proyecto con la realidad, resultado propio de la puesta en escena de lo planeado.

Los cambios realizados se puntualizan a continuación.

- Aclaración Sobre La Definición De Los Indicadores Objetivos / Subjetivos

Para que la comparación de indicadores objetivos y subjetivos sea más rica, consideramos como *indicadores objetivos* a aquellos recolectados en la bibliografía específica sobre la temática Abuso Sexual Infantil, especialmente el listado propuesto por Irene Intebi (1998). En tanto que consideramos *indicadores subjetivos* a todos aquellos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos diseñados para tal fin en esta investigación.

- Sobre Las Instituciones Seleccionadas

Para la realización de la presente investigación creímos necesario como primer paso realizar un relevamiento de las instituciones que por información general supusimos abordarían de algún modo la problemática

en la ciudad de Mar del Plata. Las consideradas para tal fin fueron las siguientes:

- Tribunales de Menores
- Tribunal de Familia
- Fiscalía General
- Defensoría de Pobres Descentralizada en Casa de Justicia
- Defensorías de los Derechos del Niño
- Asistencia del Niño Abusado (O.N.G.)
- Consejo Provincial del Menor
- Cuerpo de Prevención del Menor
- Asesoría de Menores
- Centro de Asistencia a la Víctima

Luego de concurrir a cada una de las instituciones mencionadas, algunas de las mismas fueron eliminadas por no abordar la problemática Abuso Sexual Infantil en forma directa. Estas son:

- Defensoría de Pobres Descentralizada en Casa de Justicia.

Aborda problemáticas familiares, pero ante casos de menores en riesgo se los deriva directamente al Tribunal de Menores y/o Familia según corresponda.

- Defensorías de los Derechos del Niño.

De las ocho que tenían sede en nuestra ciudad dejaron de existir todas excepto la que funciona actualmente con sede en Batán.

- *Tribunal de Familia.*

Tiene competencia en problemáticas sobre familia, ante la detección de un caso de abuso, por tratarse de menores se deriva a los tribunales que tienen competencia en dicha materia.

- *Consejo Provincial del Menor.*

No aborda directamente la problemática, no interviene en la detección de este tipo de casos, sino que supervisan instituciones de menores.

- *Cuerpo de Prevención del Menor.*

No hace ningún tipo de detección ni tratamiento, sino directamente derivación.

- *Asesoría de Menores.*

No aborda la problemática desde la detección y el tratamiento.

- *Centro de Asistencia a la Víctima.*

No trabaja con niños, sino con adolescentes y adultos.

De la selección preliminar, las instituciones que restan fueron a las que finalmente asistimos. Cabe hacer la salvedad que la Fiscalía General hace las derivaciones al resto de las unidades fiscales, pudiendo recibir los casos de abuso cualquiera de ellas. Sin embargo realizamos una entrevista a la fiscal a cargo de la Unidad Fiscal Nro. 7 por el hecho de haber sido antiguamente la titular de la Fiscalía Temática de Delitos Sexuales, la cual ha dejado de existir.

El lector puede advertir que existe una diferencia entre las *instituciones educativas* que seleccionamos en el Plan de Trabajo de esta investigación y a las que realmente acudimos (ver cronograma en anexo). Esto se debió a que, más allá de haberse obtenido en un primer momento la aprobación para realizar allí las entrevistas a los docentes, al momento de efectivizarlas, nos surgieron distintos inconvenientes que impidieron el cumplimiento de lo previsto. Las diferentes negativas nos llevaron a tener que cambiar las instituciones tanto públicas como privadas.

A continuación especificamos, en cada una de ellas, las razones de los cambios antes mencionados:

- *Escuela Nro. 66.*

En un primer momento obtuvimos la aprobación por parte de la directora para entrevistar a los docentes de dicha institución. Sin embargo, cuando las docentes conocieron la temática de las entrevistas se negaron a colaborar.

- *Escuela Nro. 13.*

El primer contacto fue a través de una docente de la institución, quien hizo de mediadora con la directora de la misma. No obstante, al momento de cumplimentarse las entrevistas, el Equipo de Orientación Educacional, exigió que realizáramos varios trámites institucionales, los que de llevarse a cabo hubieran significado, para nuestro trabajo, un retraso importante en el tiempo.

- Colegio San Antonio.

Realizamos una entrevista telefónica en la que la institución se mostró dispuesta a participar de la investigación, actitud que más adelante no se mantuvo. Esto se vio reflejado al momento de concretar las entrevistas dado que desde la escuela se nos presentaron distintos obstáculos que impidieron la realización de las mismas.

- Colegio Atlántico del Sur.

Si bien en el mes de diciembre se mostraron interesados ante la propuesta de participar en la presente investigación, en el mes de marzo por problemas internos nos explicaron que ya no podían colaborar con nosotros.

Cabe agregar que hemos incluido a los efectos de la investigación el Nivel Inicial de escolaridad que no habíamos considerado en el proyecto. Para ello elegimos un establecimiento estatal y uno privado.

En el apartado del Plan de Trabajo en donde propusimos distintos centros de salud para la recolección de datos sobre los indicadores subjetivos, donde se lee I.R.E.M.I. (Instituto Regional Especializado Materno Infantil) debe leerse H.I.E.M.I. (Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil).

- *Sobre El Cronograma De Actividades*

No hemos podido cumplir con el cronograma propuesto en el Plan de Trabajo de la investigación, dado que las diferentes instituciones demoraron la realización de las entrevistas por distintos motivos. Algunos de éstos serán desarrollados en otro apartado titulado *Obstáculos*. Tanto las personas como las instituciones, en su mayoría, fueron seleccionadas debido a su conocimiento y práctica en el tema de la presente investigación. Por ésta razón preferimos postergar las entrevistas y adecuarnos a los tiempos institucionales.

Obstáculos

- *Trama Institucional*

La planificación previa respecto de los tiempos estipulados para la realización de la investigación ha sufrido algunas modificaciones. Las mismas se debieron principalmente a la trama propia de cada institución, lo que generó la necesaria adecuación a dichas realidades.

Por lo citado anteriormente, en determinados casos debimos posponer los encuentros o tramitarlos en varias oportunidades para que se pudieran efectivizar.

En síntesis, la adecuación a los tiempos de cada institución nos llevó a que efectuáramos distintos ajustes en la planificación previa (ver cronograma en anexo).

- *Rechazo a la problemática*

Advertimos distintas reacciones de los encuestados y/o entrevistados, que se podrían interpretar como un rechazo de éstos a conversar sobre la problemática propuesta.

La situación mencionada se vio reflejada en el trabajo de campo, principalmente en el área educativa, ya que en las escuelas en que habíamos concertado realizar las entrevistas, al momento de llevarlas a cabo, los docentes se excusaron para evitar hablar sobre el tema. Creemos que esta actitud se acrecentó debido a que durante la realización de dichos

encuentros, los medios masivos de comunicación, entre otros, concedieron al Abuso Sexual Infantil, un papel principal.

El interés de los medios por el tema y por consiguiente de la opinión general fue motivado por el juicio a una docente de la ciudad de Mar del Plata acusada de abusar a niños en el Nivel Inicial. El rechazo a la problemática lo observamos principalmente en los ámbitos escolares, específicamente en algunos docentes. En determinados casos no nos fueron concedidas algunas de las entrevistas; en otros evidenciamos una actitud defensiva desde las normas de las instituciones con respecto a la forma de relacionarse entre alumnos y docentes.

. . . . no es algo que se hable mucho o sea, no es lo primero que se viene a la cabeza tampoco, sí, se habló todo el tema que se puso en boga con los docentes y los chicos, que tenemos que estar siempre acompañados, que tenemos que ir a las horas especiales, estar siempre con alguien porque cualquier cosa te da como para que alguien te plantee cualquier tipo de denuncia, entonces hay que tener mucho cuidado con eso. (Institución Nro. II, entrevistado Nro. I, al referirse a la detección del abuso sexual en las escuelas.)

El Dr. J. Razona, en la entrevista realizada, se refiere a esta actitud en las escuelas como un *estado policial*:

. . . . en vez de enseñar lo que es el abuso y enseñarle a los chicos lo que es el abuso se termina por, en los jardines de infantes ... la escuela termina siendo un estado policial de control mutuo, digamos

que los chicos no pueden ir al baño solos, entonces termina siendo un estado policial, y lo que hay que enseñarles es, a los chicos, lo que es el abuso, que eso está mal. (Informante clave Nro. 1)

Así mismo tal rechazo se reiteró al momento de instrumentar las encuestas a los padres. Advertimos que al adelantarse el tema de las mismas, los encuestados se rehusaban a contestar, poniendo diferentes excusas. Sin embargo, ésto sólo sucedió en el caso de las encuestas practicadas en la puerta de las instituciones privadas y estatal céntrica, no así en el ámbito estatal periférico, en donde fuimos bien recibidos e incluso las personas se acercaban ofreciéndose a realizar la mencionada encuesta.

- *Obstáculo Metodológico*

Si bien ningún entrevistado se negó a que grabáramos las entrevistas realizadas, lo que nos permitió obtener un registro fiel de lo dicho, observamos que en algunos casos el hecho de utilizar una grabadora llevaba al entrevistado a responder en forma sintética y general. Esto se vio reflejado en que al apagarse el grabador el entrevistado volvía sobre sus dichos explayándose más libremente.

Otro obstáculo que nos acarreó el uso del grabador fue que no en todos los casos pudimos registrar en forma clara los dichos del interlocutor, dificultándonos su transcripción. Esto se debió a distintas razones: tono de

voz bajo del entrevistado, interferencias externas a la entrevista e imprevistos de la grabadora, entre otros.

Observaciones Generales

A pesar de haber considerado el interés de los medios masivos de comunicación sobre el tema como un factor que agudizó el rechazo y la defensa ante el trato de la problemática, creemos que este auge y problematización del abuso sexual infantil por dichos medios generó también aspectos positivos, ya que provocó un acercamiento importante de la temática a la opinión general.

De todas maneras, independientemente del tratamiento que los medios le han dado a la problemática escogida para esta investigación, pudimos administrar tanto las 35 entrevistas como las 60 encuestas y de esta forma recoger la información necesaria para la confección de este trabajo.

Los datos recolectados en el trabajo de campo fueron agrupados, para su mejor organización y sistematización, en cinco áreas. A continuación detallaremos las mismas, así como también el criterio utilizado para su clasificación.

- *Área Informantes Claves:* Consideramos informantes claves a aquellos profesionales o equipos que trabajan específicamente la problemática, abuso sexual infantil.
- *Área Educativa:* Este área está integrada por las entrevistas realizadas a los docentes y miembros de los equipos de orientación escolar de las instituciones educativas, tanto públicas como privadas.

- *Área Judicial:* Este área está compuesta por los entrevistado que son parte de los equipos técnicos de cada uno de los tribunales de menores que actualmente desarrollan su función en la ciudad de Mar del Plata.
- *Área Salud:* Abarca las entrevistas realizadas a los profesionales de las diferentes instituciones que brindan servicios relativos a la salud de los niños, tanto del orden público como privado.
- *Área Padres, Madres, Tutores:* Está integrada por los datos recogidos por medio de encuestas a padres, madres, tutores de niños, realizadas en la puerta de las instituciones educativas del área educacional citadas en el presente trabajo.

Metodología

A los fines de la presente investigación hemos realizado, en primer lugar, una recolección y análisis de bibliografía referidos a la problemática del abuso sexual infantil: investigaciones, publicaciones en revistas, libros y trabajos publicados, (Bringiotti, 1998; Corsi, 1991; Degano y col. 1993; Di Bártolo, 2003; Dohmen, 2003; DSM-IV, 1995; Durrant y White, 1993; Fugaretta y Romano, 2001; Gardiner y Neuendam, 2001; Geres Ambertín, 2003; Goldberg y Kuitca, 1995; Grossman y Mesterman, 1998; Intebi, 1998; Lamberti, 2003; Manzanero, 1997; Miotto y Ruiz, 1993; Miotto, 2001; Montes, 2001; Perez, 2003; Perrone y Nannini, 1997; Rozanski, 2003; Salas, 2003; Sanz y Molina, 1999; Tesone, 1984, 1998; Volnovich, 1999; Volnovich, 2002)

De la lectura de la misma seleccionamos las fuentes que consideramos más importantes, siendo éstas las que se hallan citadas como bibliografía.

Su análisis nos permitió realizar una mirada de la problemática, conocer diferentes puntos de vista y enfoques, así como también distintas posturas ideológicas frente al tema elegido, trabajo que nos posibilitó la orientación de la investigación.

Luego de establecer los objetivos, escogimos de entre los distintos instrumentos para la recolección de datos, aquellos que consideramos más adecuados para los fines del trabajo.

Confeccionamos dos tipos de instrumentos:

- *Entrevistas:* para ser aplicadas a los entrevistados de las áreas educacional, salud, judicial e informantes claves, realizando ciertas modificaciones en las preguntas de acuerdo al profesional a ser entrevistado.
- *Encuestas:* para administrar a los encuestados del área padres, madres, tutores.

(Ver modelos utilizados de encuestas y preguntas de entrevistas en anexo)

Criterios Utilizados Para La Selección Y Elaboración De Los Instrumentos De Recolección De Datos

- *Entrevistas semi-estructuradas:* consideramos conveniente la utilización de este instrumento porque el mismo brinda la posibilidad de registrar tanto aspectos verbales como para-verbales ante una pregunta; permitiéndonos repreguntar sobre lo respondido, dando la posibilidad de ampliar la información obtenida y, a su vez, habilitando al entrevistado a explayarse sobre aquello que crea conveniente.

Por ser las entrevistas semi-estructuradas estipulamos en cada caso una serie de preguntas con la finalidad de guiar mínimamente la administración. Por tal motivo omitimos algunas de las preguntas estipuladas con anterioridad y a su vez realizamos otras que surgieron en el transcurso de las distintas entrevistas. Para el mejor registro de los datos utilizamos la técnica de grabación¹ en todas las entrevistas realizadas.

¹ Ver Obstáculo Metodológico, pág. 12.

- *Encuestas:* en el área padres, madres, tutores, buscamos obtener información cuali-cuantitativa, considerando más operativa la aplicación de este instrumento.

Elaboramos, para tal fin, dos tipos de encuestas, las que difieren únicamente en dos preguntas, en donde varía la palabra *niño* e *hijo*, a los fines de estudiar la posible influencia de dicha variable en las respuestas de los encuestados.

La presente investigación se circunscribe a la región comprendida por la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires.

La muestra seleccionada ha sido dividida de la siguiente manera:

Informantes claves.

Cuatro informantes claves: un abogado; una psicóloga; un fiscal; equipo técnico de una O.N.G..

Instituciones judiciales.

Tribunal de Menores Nº I: un psiquiatra.

Tribunal de Menores Nº II: un asistente social; un médico.

Tribunal de Menores Nº III: un psicólogo.

Instituciones educativas.

- Privadas:

Una institución de nivel inicial: un docente entrevistado.

Dos instituciones de nivel E.G.B.: cuatro docentes entrevistados; dos orientadoras educacionales.

- Públicas:

Una institución de nivel inicial: un docente entrevistado.

Dos instituciones de nivel E.G.B.: cuatro docentes entrevistados; un orientador social; una maestra recuperadora.

Instituciones de salud.

- Privadas:

Tres instituciones de salud: cinco pediatras; dos psicólogos; un psiquiatra.

- Públicas:

Dos instituciones de salud: dos pediatras; un ginecólogo infanto-juvenil; un asistente social; un psicólogo.

Padres, madres, tutores.

Treinta padres, madres, tutores, cuyos hijos asisten a las mismas instituciones educativas privadas en donde realizamos las entrevistas a docentes y miembros de equipos de orientación educacional.

Treinta padres, madres, tutores, cuyos hijos asisten a las mismas instituciones educativas públicas en donde realizamos las entrevistas a docentes y miembros de equipos de orientación educacional.

La selección de las instituciones educativas y de salud fue realizada teniendo en cuenta la variable *público-privado*, con la finalidad de observar si existen diferencias significativas al respecto.

Tanto las instituciones, como los diferentes entrevistados y encuestados de cada área, fueron escogidos al azar, excepto los entrevistados del área informantes claves, que fueron elegidos por su competencia en la temática.



Cuadro número 1. Detalle de entrevistados en cada área, según sector público y privado.

Área	Informantes claves	Judicial	Educativo				Salud		Padres, madres, tutores	
			Privado		Público		Privado	Público	Privado	Público
			Nivel Inicial	E.G.B.	Nivel Inicial	E.G.B.	5 Pediatras	2 Pediatras	30 padres, madres, tutores	30 padres, madres, tutores
Personas entrevistadas/ encuestadas por área	1 Abogado	1 Psiquiatra	Nivel Inicial	E.G.B.	Nivel Inicial	E.G.B.	5 Pediatras	2 Pediatras	30 padres, madres, tutores	30 padres, madres, tutores
	1 Psicólogo	1 Asistente Social	1 Docente	4 Docentes	1 Docente	1 Maestra Recuperadora	1 Psiquiatra	1 Asistente social 1 Ginecólogo infanto juvenil	30 padres, madres, tutores	30 padres, madres, tutores
	1 O.N.G. 1 Fiscal	1 Médico 1 Psicólogo	2 Orientadores Educativos	1 Orientador Social	1 Orientador Social	2 Psicólogos	2	1 psicólogo	30 padres, madres, tutores	30 padres, madres, tutores
Sub-total de entrevistados/ encuestados	4 edos.	4 edos.	7 edos.	7 edos.	7 edos.	7 edos.	8 edos.	5 edos.	30 edos.	30 edos.
Total de entrevistados/ encuestados	95 entrevistados / encuestados									

CAPITULO II

Desarrollo Teórico Conceptual

Irene Intebi, en el prólogo al libro de Carlos Rozanski, escribe acerca del abuso sexual infantil “... *la tendencia histórica fue encubrir, negar, minimizar su frecuencia y sus efectos, silenciar...*”. (Rozanski, 2003, p. 15)

No podemos afirmar que el silenciamiento del que habla Intebi haya desaparecido, pero la problemática del abuso sexual infantil progresivamente ha empezado a ocupar un lugar dentro de la opinión pública, generando a su vez, una fuerte polémica. Creemos que esto se debe, entre otras cosas, a que los medios masivos de comunicación han dado al tema un papel principal.

El veintiocho de junio de 2004, un diario de la ciudad de Mar del Plata publicaba:

... días atrás, el Tribunal Oral III condenó a siete años de prisión a la maestra A. E. P. (54), al dar por probado que abusó sexualmente de cuatro de sus pequeñas alumnas. Los hechos ocurrieron entre los años 2001 y 2002 en el jardín de infantes del Colegio D. R.. (w.w.w. mdp.com.ar, sección noticias del 28/06/04)

Otro periódico en el mismo mes anunciaba:

... MAR DEL PLATA.- Dicen que el hilo se corta por lo más delgado. Y, aunque no hay ningún “memo interno” cabe pensar que

después de los escandalosos casos de abuso sexual de menores en escuelas religiosas, “algo había que hacer”.

Por A. P. cambiaron regulaciones en los jardines de infantes. Por eso, aunque se lo desmienta, hay un “consejo” para que las docentes de esta ciudad no tomen contacto con los nenitos de jardín de infantes. Esto es: que no los cambien cuando se ensucian ni los ayuden cuando van al baño. Paralelamente, colegas y ex alumnas de A. P., la maestra condenada a 7 años de prisión, desarrollaron una marcha de desagravio por lo que entienden que fue un fallo judicial equivocado ... Lo que generó el caso P., es una psicosis colectiva que tiene que ver con la preocupación lógica y desmesurada a la vez de los padres, otrora felices depositarios de sus pequeños en preescolares y jardines de infantes y ahora temerosos adultos “por lo que pudiera pasar”. Es que contrariamente a lo que se esperaba, el fallo en contra de la docente no aquietó las aguas. En la mayoría de los jardines de infantes se debatió en reuniones de padres y docentes qué iba a cambiar a partir de los hechos que son de público conocimiento ... Mientras tanto, las docentes, a regañadientes, admiten que prefieren ser acusadas de “abandono de persona” y no de “abuso” o “corrupción de menores” por el simple hecho de limpiarle la cola a un infante. (www2.crónica.com.ar, sección policiales, 21/06/04)

En el caso de otro docente acusado del mismo delito el diario Página 12 manifestaba:

. . . . Trabajaba en un colegio religioso de Mar del Plata.

Un docente a juicio por abuso

Abuso sexual gravemente ultrajante, reiterado y calificado, abuso deshonesto y corrupción doblemente agravada. Son los cargos por los que será juzgado un profesor de educación física acusado de someter a 21 niños y niñas de 4 y 5 años, en un colegio religioso de Mar del Plata. Luego de rechazar una apelación de la defensa, la Cámara de Apelaciones de esa ciudad confirmó la realización del juicio oral en los primeros meses de 2004. Además, en otra causa, el profesor está investigado por otros trece posibles casos de abuso, en los que está acusado además un sacerdote, directivo del mismo establecimiento.

(Página 12/web, sección sociedad, 31/12/2003)

Los medios masivos de comunicación, generalmente, dan a conocer el tema a través de la publicación de casos que han llegado a la justicia. Desde esta perspectiva el tratamiento de la problemática corre el riesgo de quedar anclado sólo en un buen titular, ya que no se promueven a su vez acciones tendientes a considerar la complejidad que la misma acarrea. ¿Es suficiente este abordaje para levantar el silenciamiento propio del abuso sexual infantil?. Más allá de que actualmente sea un tema de difusión, ¿se sabe realmente de qué se habla cuando se discute esta temática?.

Abuso Sexual Infantil... Buscando Una Definición

Previo a abordar la problemática consideramos conveniente aclarar de qué se habla cuando se habla de abuso sexual infantil. Para ello citaremos algunas de las definiciones a las que arribaron quienes se han dedicado a investigar este tema. Algunas de las mismas han sido retomadas por quienes continuaron ocupándose del abuso sexual infantil a lo largo del tiempo.

Definiciones: El Abuso Sexual Infantil Es...

Aquella situación en que un adulto utiliza su interrelación con un menor (en relación de sometimiento) para obtener satisfacción sexual, en condiciones tales en que el/la niño/a son sujetos pasivos de tales actos, y pierden la propiedad sobre sus propios cuerpos. (Grossman y Mesterman, 1998, p. 29)

Schecler y Roberge, en el año 1976, lo definieron como:

La participación de niños y personas jóvenes inmaduras en actividades que, por un lado no comprenden completamente, por lo que no pueden dar su consentimiento informado, y por el otro violan los tabúes sociales de la cultura y están fuera de la ley. (Ganduglia, s/f, p. 284)



. . . . El abuso sexual concretado sobre menores implica el compromiso de los mismos en actividades sexuales a instancias de uno o más adultos frente a las que no cuentan con recursos integrales como para emitir un consentimiento válido. (Miotto, 2001, p. 23)

. . . . Los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de dieciocho años, cuando ésta es significativamente mayor que el niño (la víctima), o cuando el agresor está en una posición de poder y control sobre el menor. (Save the Children, 1998, p. 2)

Kempe y Kempe (1984) ampliaron el concepto legal de incesto para incluir relaciones interfamiliares donde existe dependencia, una relación de autoridad y en donde no es posible el consentimiento. En estos vínculos se incluyen padrastros, madrastras, medio-hermanos, otros parientes y amigos que no conviven permanentemente con la familia. Se refieren a la actividad como el uso sexual del niño por un adulto, para su gratificación sexual. (Ganduglia, s/f, p. 4)

A partir de las definiciones anteriormente citadas podríamos identificar características propias del A.S.I. que se encuentran mencionadas en las mismas y otras que pueden ser inferidas, que describiremos a continuación.

Previamente cabe citar que entre las actividades que suponen un abuso sexual se encuentran: *contactos genitales* tales como *penetración; intento de penetración; estimulación del área vaginal o rectal del niño/a por el pene, cualquier parte del cuerpo del abusador o por un objeto utilizado por éste.* También se incluyen todo tipo de *contacto genital o anal del victimario por parte de la víctima*, tales como *fellatio, masturbación e intromisión* de cualquier tipo. Abarca, a su vez, *conductas o comportamientos sexuales en los que no media contacto físico alguno entre victimario y víctima*, como por ejemplo, la *exhibición de pornografía, el exhibicionismo o voyeurismo, la inducción del niño/a a ser fotografiado o filmado de forma sexualmente sugerente, o el mantenimiento de relaciones sexuales.*

Características De La Relación Abusiva.

Podemos decir que el A.S.I. supone un tipo particular de relación entre victimario y víctima ya que implica una relación de poder. El propósito de la misma es satisfacer los deseos y sentimientos del victimario, sin importarle los del niño/a a quien elige como víctima. Se trata de una relación basada en la dominación y el poder que el victimario ejerce sobre la víctima, manteniéndola en la posición de sometimiento, quien desde allí no encuentra otra salida a la situación, más que someterse y acatar lo que el victimario le pide.

La vulnerabilidad característica de un niño inmaduro y dependiente facilita la relación, donde la autoridad y el poder le permiten al adulto ejercer

la coerción sobre el niño para conseguir su participación en la actividad sexual en la que lo involucra.

¿Cómo Se Origina La Relación Abusiva?

Para que el A.S.I. tenga lugar, tanto intra como extrafamiliar, debe crearse un vínculo de confianza y afecto que el abusador, por diferentes medios de gratificación para con el niño, va estableciendo con el objetivo de asegurarse su complacencia. De ese modo, la confianza es uno de los principales aspectos a la que va unido el afecto. Esto permite al abusador asegurarse que quien ha elegido como víctima mantenga el silencio y no se revele la situación de abuso.

El grado de persuasión va en aumento, hasta evolucionar en la coerción franca y abierta con maniobras psicológicas, amenazas y hasta castigos físicos, esto es así, porque el grado de resistencia pasiva que ejerce el niño no es igual en el comienzo del proceso de seducción, que hacia el final del mismo (Sanz y Molina, 1999, p. 69)

Sanz y Molina (1999, p. 69), en su libro se refieren a que la preparación de la víctima supone de parte del victimario el uso de la confianza, el favoritismo, la alienación, el secreto, la violación de límites personales y la elaboración de maniobras para llevar adelante sus estrategias con el fin de que la víctima acceda a participar en la actividad sexual.

Por las características propias del modo en que se da la situación abusiva resulta difícil romper el silencio que la sostiene y que mantiene velado al abuso. Con respecto a esto Perrone y Nannini sostienen “... *el abusador manipula el poder y carga a la víctima con la responsabilidad del secreto. El silencio del niño protege no solo al abusador, sino a sí mismo y a su familia.*” (Perrone y Nannini, 1997, p. 108)

Sobre El Consentimiento

En las definiciones de A.S.I. anteriormente mencionadas se hace referencia a la ausencia de consentimiento por parte del niño sobre la situación de abuso:

El abusador no obtiene el consentimiento del niño, y en caso de obtenerlo, el mismo no se considera válido porque no alcanza la plena comprensión y no logra dimensionar los alcances de la acción, como también la libre aceptación de la misma; ésta sólo es posible de haberse accedido a la suficiente maduración psíquica y resulta ajeno a la posibilidad del menor. (Miotto, 2001, p. 23)

El niño no puede consentir la situación ya que por su condición no cuenta con el desarrollo madurativo, emocional y cognitivo necesario para comprender y expresar su aprobación de la acción.

Tal como expresan Sanz y Molina, (1999, p. 63) Sandor Ferenczi en 1932, ya se había referido al consentimiento informado, quien explicó el

motivo por el cual la sexualidad adulta se convierte en una experiencia traumática al imponerse sobre la sexualidad infantil. Se refirió a la existencia de una diferencia de lenguajes entre la sexualidad infantil y la sexualidad adulta, diferencia que impacta de forma negativa en el psiquismo infantil. El niño se acerca al adulto buscando afecto, contención y ternura, mientras el adulto se acerca o responde buscando gratificación pasional, satisfacción de sus propios deseos. El niño se dirige al adulto con el *lenguaje corporal de la ternura*, y el adulto le contesta con el *lenguaje de la pasión*. Dado el carácter pasional de la sexualidad adulta, ésta sería siempre traumática al ser ejercida e impuesta sobre la sexualidad infantil. De este modo el autor ha expresado la imposibilidad de consentimiento por parte del niño.

Sobre Los Efectos Del A.S.I. En El Psiquismo

Sanz y Molina para referirse a los efectos o consecuencias del abuso citan a Sandor Ferenczi, quien expresó: “... *Luego del ataque sexual el niño se siente enormemente confundido, escindido, inocente y culpable a la vez, es así como la confianza en el testimonio que le brindan sus sentidos se rompe.*” (Sanz y Molina, 1999, p. 63)

Finkelhor, en el año 1984, señaló que la gravedad del impacto del abuso sexual infantil en la víctima depende de los siguientes factores (Sanz y Molina, 1999, p. 63):

- Cercanía del vínculo entre el niño y el perpetrador;
- El tipo de abuso (manoseos, sexo oral, perpetración);

- La duración del mismo;
- Grado de coerción física empleada;
- Ausencia de cualquier figura alternativa protectora.

Miotto (2001, p. 15), al hablar de las marcas y de los efectos que deja en el niño haber sufrido una situación de abuso, hace referencia a la expresión de Leonard Shengold “*soul murder*” (asesinato al alma), resaltando las experiencias traumáticas, anómalas, reiteradas, crónicas, de sobreestimulación sexual, alternadas con privación emocional. Los efectos en el aparato psíquico llevan a que se movilicen determinadas defensas. Entre éstas se encuentran la disociación, represión, negación, conversión e idealización, las que producen modificaciones en el psiquismo que interfieren en el desarrollo psicosexual normal del niño, afectando a su vez su rendimiento en general y observándose sus efectos en las áreas emocional y cognitiva. Al respecto Ferenczi sostiene:

. . . . el niño debe transformar la realidad que recibe, debe inscribir lo malo como bueno, la traición como acto de amor ... la confianza en lo que sus propios sentidos le brindan se rompe ... lo que percibe no es tal, sino otra cosa ... hay un doble pensamiento: conocer y no conocer, ser consciente de la verdad mientras se construyen mentiras, tener dos opiniones que se contradicen entre sí, pero creyendo en las dos.
(Sanz y Molina, 1999, p. 79)

Desde un marco teórico psicoanalítico entendemos que la sexualidad humana no posee un camino predeterminado que deba recorrer, sino que es un proceso en el cual resulta de vital importancia la forma en que el ser humano transita por sus diferentes etapas evolutivas.

Sigmund Freud en *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915) refiere, acerca de la sexualidad infantil, que más allá de estar marcada por el movimiento pulsional, también lo está por el tipo de vínculo que une al niño/a con el adulto que lo cuida. En esa interacción que se produce se inscribe en el niño/a una especie de trama libidinal a partir de la experiencia vivida, que guiará el camino a recorrer.

El mismo autor, en *Más allá del principio del placer* (1920), postula que el aparato psíquico trabaja con energía y está en constante funcionamiento. El mismo, es un aparato regulador de dicha energía y a partir de entender su modo de funcionamiento se puede acceder al concepto de *trauma*.

En el aparato psíquico existen huellas psíquicas inconscientes que se hallan en relación con otras, esta interconexión entre huellas es lo que permite que se pueda acceder a ese contenido, por medio de la asociación, el recuerdo y la palabra.

A partir de la concepción freudiana se puede considerar al *trauma* como un exceso de cargas que ingresan al aparato psíquico, resultando excesivo para éste por superar el quantum que el mismo puede recibir. Dicho suceso o situación que ingresa como un monto de carga que

sobrepasa el nivel de tolerancia del sujeto, sumado al hecho de que el mismo no cuenta con los medios para enfrentarlo, generan un *trauma*.

Cabe aquí hacer una mención al concepto de series complementarias, definidas por Sigmund Freud en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905):

. . . . Quien incluya a las represiones y sublimaciones en la disposición constitucional y las considere manifestaciones vitales de ésta, tendrá sin duda derecho de afirmar que la conformación definitiva de la vida sexual es sobre todo resultado de la constitución innata. Pero nadie con alguna penetración pondrá en duda que en esa cooperación de factores hay lugar también para las influencias modificadoras de lo vivenciado accidentalmente en la infancia y después. No es fácil apreciar en su recíproca proporción la eficacia de los factores constitucionales y accidentales. En la teoría se tiende siempre a sobrestimar los primeros; la práctica terapéutica destaca la importancia de los segundos. En ningún caso debería olvidarse que existe entre ambos una relación de cooperación y no de exclusión. El factor constitucional tiene que aguardar a que ciertas vivencias lo pongan en vigor; el accidental necesita apuntalarse en la constitución para volverse eficaz. En la mayoría de los casos es posible imaginar una «serie complementaria», según se la llama, en la cual las intensidades decrecientes de un factor son compensadas por las crecientes del otro; pero no hay fundamento alguno para negar la existencia de casos extremos en los cabos de la serie.

Lo que más concuerda con la investigación psicoanalítica, es atribuir una posición preferente entre los factores accidentales a las vivencias de la primera infancia. La serie etiológica única se descompone, pues, en dos, que cabe llamar la predisposicional y la definitiva. En la primera, constitución y vivencias infantiles accidentales cooperan como lo hacen, en la segunda, la predisposición y las vivencias traumáticas posteriores. Todos los factores deteriorantes del desarrollo sexual exteriorizan su efecto del siguiente modo: provocan una regresión, un regreso a una fase anterior del desarrollo. (Freud, 1905, pp. 218-219)

De acuerdo a la cita anterior podemos decir que, los efectos o impactos traumáticos son diferentes de acuerdo a cada sujeto, a cada singularidad, es decir que cada quien elabora el suceso de acuerdo a las posibilidades de su propia subjetividad.

El impacto de una experiencia traumática, como es la de un abuso sexual infantil, es tan grande que podemos tener la certeza de que su intrusión en el aparato psíquico deja huellas de las cuales, probablemente, no se salga ileso.

Como refiere I. Intebi (1998, cap. 6), cuando ocurre una experiencia traumática se produce un aflujo de energía que hace irrupción en el aparato, sumando a ello las imágenes o las ideas asociadas. Al aparato psíquico le resulta costoso incorporar esa energía al inconsciente, por ello construye una membrana, para que no entre en relación con los elementos del

inconsciente que se hallan reprimidos. Este aflujo de energía produce efectos deletéreos, que se materializan con el costo de una *disociación*, pudiendo llegar a escindirse todo el aparato psíquico, lo que supone el empobrecimiento del mismo. El mecanismo antes citado es diferente de la represión, ya que ésta implica que lo que se reprime permanezca y se pueda acceder a ello, mientras que cuando un contenido ha sido disociado no se puede acceder al mismo, no puede ser recordado.

Siguiendo lo expresado por la autora antes citada (Intebi, 1998; cap. 6) respecto del mecanismo de la *disociación*, puede agregarse que éste supone una escisión del yo, es decir que una parte del yo y del aparato psíquico ya no quedan a disposición del sujeto, de manera que el sujeto queda empobrecido en este sentido. Los efectos son a nivel subjetivo, se paga con subjetividad, se empobrece el aparato psíquico, se disocia por el daño que podría llegar a causar en el sujeto de hacerse consciente dicha experiencia.

La disociación fue descrita por Putnam como:

. . . . un complejo proceso psicofisiológico que produce una alteración en el estado de consciencia. Durante el proceso, los pensamientos, los sentimientos y las experiencias no son integrados a la consciencia ni a la memoria del individuo de la manera en que normalmente sucede. (Intebi, 1998, pp. 196-197)

Intebi agrega que *"la ventaja que este mecanismo representa para la economía psíquica es permitir convivir y, sobre todo, sobrevivir, a*

situaciones altamente traumáticas, conservando una adaptación aparentemente normal al entorno". (Intebi, 1998, pp. 196-197)

Por todo lo expresado, consideramos importante, en todo hecho traumático, intervenir a tiempo y trabajar rápidamente ya que el tiempo que transcurre sin que medie una intervención puede dar lugar a que dicha experiencia se *enquiste* en el psiquismo.

En 1983, Roland Summit (Intebi, 1998, pp. 150-155) -psiquiatra norteamericano de niños-, ha descrito bajo el nombre *síndrome de acomodación al abuso sexual infantil*, el proceso de lo que le sucede intrapsíquicamente al niño abusado. Este autor divide dicho proceso en cinco etapas y por medio de las mismas hace referencia a comportamientos que pueden ser observados en niños víctimas de abuso sexual, sin que se observen trastornos en su adaptación social. Se trata de indicadores psicológicos relacionados con estas situaciones abusivas.

Entre estas *conductas – indicadores* ha analizado una secuencia en la que se presentan las siguientes:

- 1.- el secreto;
- 2.- la desprotección;
- 3.- el atrapamiento y acomodación;
- 4.- el develamiento tardío y poco convincente y;
- 5.- la retractación.

Según Summit este síndrome está compuesto por cinco categorías, de las cuales dos definen la vulnerabilidad básica de los niños mientras las otras tres son secuelas contingentes del ataque sexual.

El secreto es definido por este autor como:

La iniciación, la intimidación, la estigmatización, el aislamiento, la desprotección y la culpa dependen de una de las características aterradoras del abuso sexual infantil: ocurre solamente cuando el niño se encuentra a solas con el ofensor y jamás es compartido con nadie. Es uno de los requisitos indispensables para que el abuso tenga lugar, se convierte así en una precondition del abuso. Es lo que permite que el abuso exista y persista, ya que generalmente no se da en una sola vez sino en reiteradas oportunidades, velado por el silencio. (Summit, s/f, pp. 1-2)

El victimario, para mantener a su víctima en ese lugar y seguir haciendo uso de ella, debe poder establecer la condición del secreto, del silencio de la situación, llegando incluso a ejercer amenazas sobre el niño/a generando miedo para poder perpetuar el abuso, siendo su silencio la garantía de que él u otros estarán bien, según sobre quién recaiga el posible cumplimiento de la amenaza.

El niño/a, a ese pedido de secreto y silencio le asigna un valor de realidad. De esta forma, a partir del secreto que rodea la relación, las explicaciones y justificaciones que el victimario le ofrece, la única impresión que causan es que se trata de *algo malo*. Así, para Summit "el secreto es al



mismo tiempo la causa del miedo y la promesa de salvación: todo va a estar bien si no le contás a nadie". (Summit, s/f, pp.1-2)

Creemos que por la existencia del secreto es por lo que no se pueden llegar a conocer la totalidad de los casos, dando lugar a una cifra negra del abuso sexual infantil, que no se puede descifrar nunca.

La *desprotección* es otra de las condiciones indispensables para la existencia del abuso sexual. Summit la describe como aquella que permite que se de el sometimiento por parte de la víctima, que se calle, que no intente defenderse ni buscar ayuda. Podríamos decir que es una de las cualidades que debiera cumplir un niño para ser elegido como víctima, más allá de la indefensión propia del mismo, si éste se halla carente de afecto, indefenso y desprotegido facilita la situación de abuso. Estas características presentes en las víctimas aseguran al victimario que su vía de acercamiento será efectiva, ya que un niño no se va a negar a recibir algo de lo que carece y que necesita: el afecto.

El hecho de que un niño se encuentre carente de afecto lo convierte en más vulnerable a ser víctima de un ataque de esta índole.

La *acomodación o adaptación* de las víctimas se relaciona con los mecanismos defensivos que se ponen en funcionamiento en los niños víctimas, siendo los trastornos disociativos los que le permiten obtener mejores resultados para soportar la situación.

En relación al *develamiento tardío, conflictivo y poco convincente* hace referencia a que generalmente cuando no se toma conocimiento del hecho por la intervención de algún profesional o tercero como podría ser un familiar

o docente, puede el niño/a llegar a quebrar la situación de sometimiento, siendo ésta de carácter tardío.

Cuando Summit hace mención al develamiento tardío, conflictivo y poco convincente se refiere a que cuando el abuso no ha sido detectado, generalmente es la víctima misma quien lo devela en medio de una situación conflictiva que se pudo haber presentado en su núcleo familiar, pasando a generarse dudas sobre la veracidad de dichos hechos a la luz de la situación en la que se encuentran, ya que resulta más fácil considerar que se trata de una mentira, que el aceptar la veracidad de los dichos del niño/a.

Acerca de la *retractación*, el mismo autor dice que es un mecanismo que ocurre con mucha frecuencia:

Una niña es capaz de desdecir cualquier afirmación que haya hecho sobre el abuso sexual. Debajo de la rabia que motoriza el develamiento impulsivo, persiste la ambivalencia de la culpa y de la martirizante obligación de preservar a la familia. Frente a las caóticas consecuencias del develamiento, las niñas descubren que los temores y amenazas fundamentales que permitían mantener el secreto, son ciertas. Los padres las abandonan y las acusan de mentirosas. Las madres no les creen o se descompensan en cuadros de histeria o de furia descontrolada. Las familias se fragmentan y todos los hermanos son separados del hogar. Los padres se ven amenazados por la cárcel y la desgracia. Se responsabiliza a las niñas por haber provocado este descalabro y todos las tratan como si fueran monstruos ... a menos que se brinde especial apoyo a las niñas y se

produzca una intervención inmediata para obtener la admisión de responsabilidad por parte de los padres, las víctimas proseguirán la evolución normal y se retractarán ... esta sencilla mentira resulta mucho más creíble que las denuncias explícitas de acercamientos incestuosos. Confirma las expectativas adultas de que las niñas no son de fiar. Restablece el precario equilibrio familiar. Las niñas aprenden a no quejarse. Los adultos, a no escuchar. Y las autoridades, a no creer en las jóvenes rebeldes que utilizan su poder sexual para destruir a los padres bien intencionados. (Summit, s/f, pp.1 -2)

A partir de lo referido por autores como I. Intebi (1998) y C. Rozanski (2003) sobre el tema de la detección del abuso sexual infantil, consideramos que uno de los aspectos principales a tener en cuenta en el tema es cómo llegar a tomar conocimiento de que un suceso de esa índole está teniendo lugar. Existen diversos medios que pueden ayudar a abrir los ojos a quienes están de algún modo en contacto con los niños, ya que los mismos emiten mensajes que deben ser decodificados, dicen de alguna manera lo que les está sucediendo aunque no en forma explícita.

De la lectura de esos mensajes que adquieren el carácter de indicadores o signos de alerta, es que se puede acceder al hecho. Su interpretación a tiempo, oportuna, por la actuación de quienes tienen competencia en el tema, pueden reducir los efectos deletéreos en las víctimas.



No se devela sólo por medio de la palabra, y allí radica la importancia de los conocimientos para poder detectar. El cuerpo del niño habla, emite mensajes, así el develamiento puede darse en su hogar, en la escuela, con profesionales de la salud, o ante quien tenga la suficiente capacidad para detectar que algo puede estar sucediendo o al menos da lugar a que se instale la duda, ya que la mínima sospecha puede ser suficiente para comenzar a interpretar y llegar a la verdad.

Ésto está relacionado con el revelamiento, con revelarse por medio de síntomas en el cuerpo, o por signos inespecíficos que son aquellos que indican que algo sucede, son conductas que no están relacionadas directamente pero que dan una pista, un indicio.

Como hemos intentado demostrar en este apartado, el abuso sexual infantil tiene sus características propias, que lo diferencian de otras problemáticas y que resaltan la importancia que tiene el conocimiento de las mismas al momento de una intervención. Su desconocimiento lleva a tratar dicha problemática como una más, cayendo en una negligencia que puede llegar a ocasionar mayores daños en las víctimas, hablaríamos entonces de *revictimización*, cuyos efectos podrían ser más graves que la situación propiamente dicha.

Al hacer referencia a la intervención adecuada, el doctor C. Rozanski expresa en su libro: “... *Tener en cuenta las características del fenómeno y efectuar una intervención articulada y respetuosa ... es dar una respuesta adecuada*” (Rozanski, 2003, p. 57). Quien además propone elaborar:

Un modelo de intervención respetuoso y que no lastime a las víctimas. Uno que tenga en cuenta las principales características y consecuencias del fenómeno, así como la legislación protectora vigente, y donde la criatura abusada no sea una foja más de un expediente, sino el centro y sentido mismo de las actuaciones. Donde el familiar no abusador que acude a la Justicia, reciba el trato y la contención que merece. Donde los profesionales de las disciplinas no jurídicas a los que igualmente les toca intervenir, sean escuchados con atención y respetados en los estrados judiciales ... un modelo inspirado en una ética humanista en el que los jueces utilicen el enorme poder que poseen para que las leyes se cumplan y para que ningún niño víctima de abuso vuelva a ser maltratado. (Rozanski, 2003, p. 23)

Se debe considerar que el niño/a víctima se encontraba paralizado en su capacidad de pensar y hablar, dudando de sus propias percepciones en lo que atañe a la gravedad de lo vivido, el niño permanecerá silenciado largo tiempo, de allí la importancia de que pueda ser escuchado cuando se decida a hablar, que el adulto a quien acude no lo descalifique en cuanto a la autenticidad de su relato. De la calidad de la escucha del adulto dependerá que el abuso cese, en la medida que lo compromete a denunciar el hecho, evitando así la repetición traumática, inexorable si no interviene una acción externa, y por lo tanto contribuye a confiar en un adulto.

Es importante a partir de la corrida del velo de la situación traumática, escuchar y no poner en dudas el discurso, no debe buscarse establecer la verdad de los hechos, ni ponerlos en tela de juicio, no se debe juzgar sino recibir y contener la queja del niño. Es suficiente con que la sospecha lleve a quien tomó conocimiento del hecho, a realizar una intervención a través de la justicia, llamando la atención sobre la presunción de su existencia.

La intervención en este tipo de situaciones no puede ser nunca la acción aislada de un adulto, exige un delicado proceso donde varios profesionales en interdisciplina deberán realizar una intervención coordinada y acertada; una sólida red donde intervengan asistentes sociales, psicólogos, pediatras, docentes y fueros de menores, para sostener la protección del niño.

CAPITULO III

Trabajo De Campo

Observaciones, Reflexiones, Interrogantes e Hipótesis

En este apartado daremos cuenta de las observaciones, reflexiones, interrogantes e hipótesis, resultantes de las distintas entrevistas y encuestas, llevadas a cabo en la etapa de recolección de datos sobre *indicadores subjetivos*. El mismo se dividirá en las áreas mencionadas anteriormente. Previamente haremos una breve presentación de las instituciones y profesionales entrevistados.

Área Informantes Claves

- O.N.G. Asistencia al Niño Abusado, organización integrada por licenciados en psicología, licenciados en servicio social, docentes, victimóloga, abogados, y estudiantes avanzados de dichas disciplinas; cuyo fin al decir de sus integrantes es:

. . . . el objetivo primario de A.N.A. era atender ... a todos los involucrados en la problemática del abuso sexual infantil ... esto tiene varios ... objetivos específicos y lo que hicimos en una primera instancia ... fue prevención en escuelas ... en el 2002 se empezó con asistencia psicológica ... y con un grupo de familiares de víctimas de abuso.

La misma fue elegida como informante clave por ser la única O.N.G. que aborda la problemática del abuso sexual infantil en la ciudad de Mar del Plata.

- Dr. Julio Razona, abogado penalista, miembro del Comité de los Derechos del Niño, quien se presentó de la siguiente manera:

. . . . desde que me recibí empecé a trabajar ... en toda la problemática de las víctimas, en victimología, empecé a trabajar con Elías Newman en Buenos Aires y después empecé a trabajar como miembro informante del Comité de Aplicación de la Convención de los Derechos del Niño, se hacen informes que se mandan anualmente a Ginebra ... yo soy abogado penalista y soy uno de los pocos abogados penalistas que trabaja con las víctimas, no con los victimarios, y bueno siempre me interesó el tema de los chicos.

Dada su experiencia como abogado defensor en diversos casos de abuso sexual ocurridos en la ciudad, lo consideramos como un informante clave dentro de su área de trabajo.

- Lic. Ana Birades, psicóloga de la Defensoría de los Derechos del Niño, sita en Batán. La licenciada define su función de la siguiente manera:

. . . . yo cumpla la función de psicóloga dentro de la defensoría, tomando distintas facetas ... hacemos un diagnóstico precoz de la situación, por ejemplo, ante una denuncia vía telefónica, personal o

derivada por alguna institución ... sobre una situación de un menor en riesgo, se evalúa la situación y ... se trabaja conjuntamente con el asistente social ... se hacen evaluaciones, derivaciones y en algunos casos tratamientos, en muy pocos casos.

Ha sido elegida para ser entrevistada por su vasta experiencia en la temática que aquí desarrollamos.

- Dra. María de los Ángeles Lorenzo, actualmente a cargo de la Unidad Fiscal N° 7 del Departamento Judicial de Mar del Plata. Dirigió la Fiscalía Temática sobre los delitos sexuales hasta que la misma dejó de existir. La doctora se ha especializado en la problemática de delitos sexuales, motivo por el que ha sido tomada como informante clave.

Reflexiones e Interrogantes respecto del área informantes claves.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo en el lugar donde cada uno de los entrevistados desempeña su actividad profesional cotidianamente. Percibimos por parte de los mismos predisposición a colaborar con la investigación.

De la entrevista realizada a la O.N.G. nos llama la atención que dedicándose la misma específicamente al tema, tanto la asistente social como la psicóloga prefirieran no ser entrevistadas en forma individual.

A pesar de haberse consultado a varias integrantes del equipo de trabajo, no logramos percibir la integración y el abordaje interdisciplinario del mismo. Quizá por esta razón, aspectos tales como el modo de detección del abuso sexual, y su modo de abordaje, no pudieron ser claramente advertidos a lo largo de la entrevista.

Los doctores Lorenzo y Razona, como la licenciada Birades, se mostraron generosos y comprometidos en la transmisión de sus conocimientos, tanto teóricos como prácticos. Se abocaron al tema de abuso sexual infantil dentro de un marco social global, resaltando el papel de las políticas de la infancia y penales actuales, sin dejar de considerar el aspecto legal que enmarca a la problemática. Esto nos permitió contextualizar al abuso sexual infantil como una parte de un problema social estructural, resaltando la importancia del trabajo interdisciplinario y abriendo nuevos interrogantes sobre las distintas formas de abordaje.

Área Judicial

- Tribunal de Menores N° I, donde entrevistamos a la perito psiquiatra en representación del equipo técnico del tribunal.

La doctora, especializada en psiquiatría, se refiere a la función del equipo técnico en los casos de abuso sexual infantil como:

. . . . nuestra función desde acá es aportar todos los datos necesarios para primero ver si fuera un abuso ... lo que yo hago es el informe en

función donde a mí me parece, hasta donde me parece que esto tiene que ver con una situación ... una situación abusiva.

- Tribunal de Menores N° II, entrevistamos a la perito médico, y a la perito asistente social, en representación de todo el equipo técnico que trabaja en el tribunal mencionado.

La doctora se refiere a su función como perito médico en el tribunal de la siguiente manera:

. . . . Por lo general lo que se hace es ... el despachante interrogó a la nena, la entrevistó, el psicólogo también y ... a mí me comunican en qué se basa la causa, entonces, en ese caso ... mi función es determinar si está lesionada o no, simplemente eso, es muy concreto lo médico.

Por su parte la licenciada en servicio social explica su función dentro del equipo haciendo referencia también al trabajo interdisciplinario:

. . . . te explico la metodología ... llega la denuncia por diferentes vías. . . . una vez que llega se actúa de urgencia ... la primera intervención es la del asistente social que está de urgencia ese día ... ¿qué es lo que veo yo? ... el tribunal necesita completarse con la visión interdisciplinaria ... lo que abordo primero muchas veces es un vecinal antes de ingresar en la casa, una cosa conceptual, a veces los vecinos refieren algo que después en la casa no surge, pero que a veces es ... un dato interesante, luego me fijo, digamos, miramos los

parámetros de la vivienda, o sea, los parámetros que miramos nosotros siempre, el grupo familiar cómo está compuesto, el nivel de educación, ocupación, etc ... y mientras vamos tomando todos los datos encuestales, vamos haciendo preguntas e hipotetizando y después repasando, al corroborar estas hipótesis ir descartando.

- Tribunal de Menores N° III, concertamos dos entrevistas, en primer lugar con una de las dos psicólogas integrantes del equipo y luego con el perito médico, especializado en psiquiatría.

El mismo manifestó ser nuevo en la institución, y que por tal motivo no tuvo oportunidad de observar una cantidad considerable de casos como para aportar información relevante desde su especialidad. En consecuencia no realizamos una entrevista formal, sin embargo nos dedicó parte de su tiempo para ofrecer algunos datos de su práctica.

La perito psicóloga manifestó la forma en que actúa el equipo, especificando su tarea ante un caso de abuso sexual infantil:

. . . . nosotros ... entrevistamos a los chicos ... todas las entrevistas que hacemos están en función de ... lo que el chico relate, qué fue lo que le pasó y después ... la causa ... se eleva a la fiscalía y al menor se lo deriva a tratamiento psicológico, y ahí termina nuestra actuación, si no hay embarazo ni nada de eso, eso es todo lo que hacemos y se cierra la causa.

Observaciones y reflexiones respecto del área judicial.

Realizamos todas las entrevistas en el lugar de trabajo de los entrevistados, los tribunales de menores.

Las respuestas dadas por la psiquiatra del Tribunal de Menores N° I se relacionan con temas procedimentales propios de su ejercicio. Sin embargo percibimos cierta incomodidad al responder ante las preguntas relacionadas con su experiencia en el cargo, dándonos la impresión de que se sintió cuestionada en el ejercicio de su profesión.

Nos llama la atención que por estar desempeñando un cargo dentro del área de la justicia, en varias oportunidades, la psiquiatra entrevistada no responda ante cuestiones referidas a procedimientos legales, íntimamente relacionados con los menores y la función del equipo técnico.

La perito médica del Tribunal de Menores N° II no aportó demasiados datos a los objetivos de la presente investigación, refiriéndose estrictamente a lo médico y procedimental circunscripto a su profesión. Explicó que se limita a hacer un informe en el cual determina sólo si el menor ha sido o no lesionado. Para la realización del mismo revisa al niño y observa si existen evidencias físicas que indiquen penetración. En el caso que sea de esta forma el menor es derivado al consultorio número veintinueve del H.I.E.M.I.. Esto último se lleva a cabo, según lo expresado por la doctora, debido a una actitud personal de la profesional, con la finalidad de ofrecer a ese niño un servicio de asistencia.

Caben señalar dos cuestiones que la doctora remarcó. En primer lugar, que los niños acudan al consultorio del hospital para el diagnóstico

ginecológico infantil, no es un proceder que dicho tribunal establezca como obligatorio; y en segundo término, que el perito médico recibe el caso cuando ha sido caratulado como abuso sexual infantil, dado que el diagnóstico de dichos casos lo determina la perito psicóloga, en el caso de este tribunal.

La asistente social, por su parte, nos aportó información desde su experiencia como perito del tribunal en casos de abuso. Explicó que para evitar la revictimización del niño, es la psicóloga la primera en entrevistarlo. Aclaró que su práctica consiste en realizar un informe socio-ambiental e indagar sobre la red social del niño, datos que presenta para una posterior evaluación interdisciplinaria de la situación.

El médico del Tribunal de Menores N° III explicó sus funciones dentro del equipo técnico, refiriendo que si al entrevistar al paciente se observa la posibilidad de un abuso, se lo deriva al consultorio número veintinueve del H.I.E.M.I., en donde le realizan el exámen ginecológico. Él, como perito, presencia ese exámen, hace el informe correspondiente y luego lo eleva al juez. Nos explicó que es una medida que se ha tomado para que el niño no tenga que pasar por diferentes exposiciones, favoreciendo de este modo la protección del menor.

Esta forma de conducirse es sólo ante casos de abuso sexual infantil, no así con otro tipo de problemáticas.

En el caso de la entrevista realizada a la perito psicóloga, en primer lugar, realizamos una introducción sobre la temática del trabajo de investigación a una de las dos peritos psicólogas de dicho tribunal. Ésta dio

una serie de explicaciones negándose a ser grabada, mostrando una conducta evitativa y poco colaboradora para con la investigación. Manifestó que sólo iba a explicar cómo proceden jurídicamente, que se limitan a evaluar si el niño fue abusado o no, de allí elevan el informe a la fiscalía para que por la instancia penal se determine si el supuesto abusador es culpable y qué pena se le imputaría en tal caso. Agregó que con el niño víctima no se realiza ningún tipo de trabajo, más allá del necesario para evaluar la existencia o no del abuso sexual infantil. En medio de la explicación interrumpió su colega y, quien hasta ese momento se encontraba dialogando, dispuso que era con su compañera con quien se debería tener la entrevista ya que tenía más experiencia en la problemática.

Pudimos observar, por parte de la nueva interlocutora una actitud muy crítica respecto de los procedimientos de los tribunales de menores en general, así como también de los aspectos negativos con que se encuentran trabajando allí.

Área Educacional

- Institución Número I, escuela privada y católica, ubicada en una zona residencial de la ciudad. Tiene una población de 600 alumnos aproximadamente entre E.G.B. I y II, cuyo nivel socio-económico es medio-alto.

Entrevistamos a la psicóloga de la institución y a dos docentes de la misma que dictan sus clases en E.G.B. II y tienen más de quince años de experiencia en la docencia. La primera definió su función como:

. . . . esto no es un gabinete ... yo trabajo como psicóloga institucional, y mis funciones tienen bastante que ver con las que realiza un gabinete dentro de una institución escolar ... trabajo cerca de las familias, los docentes y por supuesto los alumnos, utilizo todas las técnicas previstas para hacer un psicodiagnóstico, para determinar si estamos frente a una situación de desajuste transitorio o tenemos también trastornos de otra importancia. Trabajo de esta forma informando, la derivación es previa, viene desde el docente, él se lo comunica al directivo y el directivo solicita mi intervención.

- Institución Número II, escuela privada y católica. Tiene una población de 600 alumnos aproximadamente entre E.G.B. I y II, con un nivel socio-económico de clase media-alta.

En dicha institución entrevistamos al equipo de orientación escolar y a dos docentes, quienes dictan clases en E.G.B. I y II, tienen menos de cinco años de experiencia en el ejercicio de su profesión.

El equipo de orientación está conformado por una profesora de psicología y una psicopedagoga que definen su trabajo en la institución de la siguiente manera:

. . . . Nosotras somos del equipo de orientación dentro de la institución entonces lo que intentamos es orientar, movilizar, disparar, pero

siempre intentando de lograr el éxito ... que si realmente sospechamos de alguna cuestión que tenga que ver con esto (A.S.I.), bueno orientamos a la búsqueda de intervenciones externas, para el abordaje digamos algún acompañamiento.

- Institución Número III, escuela estatal - provincial, ubicada en una zona céntrica de la ciudad. La población de alumnos en E.G.B. I y II es de 700 aproximadamente y su nivel socio-económico es de clase media, con algunos casos puntuales de pobreza.

Entrevistamos a la maestra recuperadora como representante del equipo de orientación escolar y a dos docentes de E.G.B. III, uno con más de cinco años de experiencia en la docencia y el otro con más de veinticinco.

- Institución Número IV, escuela estatal – municipal, ubicada en un barrio periférico de la ciudad de Mar del Plata. Tiene una población de alumnos entre E.G.B. I y II de 800 aproximadamente, cuyo nivel socio-económico característico es de clase baja, en su mayoría con necesidades básicas insatisfechas (N.B.I.). En la misma entrevistamos al orientador social como representante del equipo de orientación educacional, y a dos de sus docentes que dictan clases en E.G.B. I y II, con más de treinta años de experiencia en la docencia.

- Institución Número V, la misma es de nivel inicial privada, ubicada en el centro de la ciudad. Posee una población de 150 alumnos

aproximadamente, cuyo nivel socio-económico es de clase media. La docente entrevistada, con cinco años de experiencia en la docencia, tiene a su cargo la sala de cuatro años.

- Institución Número VI, es de nivel inicial estatal, ubicada en una zona periférica de la ciudad, cuya población es de nivel socio-económico bajo, con algunos casos de N.B.I.

La entrevistada es docente de la sala de cuatro años, con más de treinta y cinco años de experiencia en la docencia.

Observaciones, reflexiones, interrogantes e hipótesis del área educativa.

Se nos permitió, en todos los casos, realizar las entrevistas con la condición de mantener el nombre de la institución en anonimato, así como también el de los docentes.

En las instituciones de enseñanza privada los docentes se ofrecieron voluntariamente para la realización de las entrevistas, no así en las escuelas estatales donde en un caso fueron elegidas por la maestra recuperadora y en otro por la portera de la institución. Más allá de esto no realizaron objeción alguna al respecto.

Durante las entrevistas pudimos observar que los docentes en su mayoría se sintieron cómodos, aunque no tan distendidos como después de haberse dado por finalizadas las mismas (una vez apagado el grabador).

Advertimos que cuanto más informales eran las entrevistas lograban expresarse más libremente sobre el tema, llegando incluso a comentar casos.

De los comentarios de las docentes entrevistadas en la Institución Nro. I, pudimos advertir que la información que circula en las aulas es previamente controlada por los directivos, estando prohibidos determinados temas como los referentes a la sexualidad o a problemáticas familiares. A partir de esto, nos preguntamos si es posible la prevención del abuso sexual infantil en una institución de enseñanza donde lo relativo a la sexualidad queda oculto. De todas maneras abrimos la discusión respecto de la prevención en A.S.I.

La psicóloga de la institución citada anteriormente, no se mostró tan predispuesta como las docentes, ya que en un primer momento propuso contestar la entrevista por escrito, y luego durante la misma respondió a cada pregunta interrogando antes de dar una respuesta. Estas cuestiones nos permiten pensar en la actitud evasiva que tomó hacia la problemática del abuso sexual infantil e insegura respecto de sus conocimientos sobre la misma.

En la Institución Nro. II un aspecto común destacado por los docentes entrevistados, fue la falta de capacitación sobre la detección y formas de intervención en abuso sexual infantil dentro de su formación docente.

Observamos, por parte de los miembros del equipo de orientación educacional de dicha institución, un amplio nivel de conocimiento sobre la problemática trabajada, aunque a pesar de ello, no se instrumentan dichos

conocimientos en acciones concretas. Ante esta situación se nos abre un interrogante relacionado con los posibles motivos que obstaculizan la puesta en marcha de proyectos dirigidos a toda la población educativa de dicha institución.

Es importante destacar que las docentes entrevistadas de las instituciones del ámbito público demostraron estar muy informadas acerca de la problemática. De todas maneras, en la Institución Nro. IV advertimos una mayor preparación y detección que en la Nro. III. Cabe que nos preguntemos, entonces, si ésto se debe a que en la zona periférica existe mayor prevalencia de casos de abuso, o es la capacitación de las docentes respecto al tema la que posibilita su detección.

En la Institución Nro. IV, el orientador social se refirió no sólo a la forma en que se aborda la temática en dicha institución escolar, sino que también se explayó sobre el tratamiento que se le da al abuso sexual infantil a nivel municipal.

Con respecto a las instituciones de nivel inicial, observamos una gran diferencia entre el ámbito público y privado respecto a los conocimientos sobre el tema. Este contraste posiblemente se deba a la mayor experiencia y capacitación de la docente de la Institución Nro. VI, ya que la docente de la Institución Nro. V posee pocos años de ejercicio en su profesión. Esto remite, una vez más, a lo planteado anteriormente acerca de la falta de formación durante la carrera docente.

Área Salud

- Institución Número I, clínica privada, en la que realizamos entrevistas a dos pediatras de su plantel, quienes han trabajado tanto en instituciones públicas como privadas. No entrevistamos a la guardia, ya que no cuentan con una específica para pediatría, sino que ellos mismos cumplen con dicha función.

La psicóloga no nos dio una entrevista por falta de tiempo.

- Institución Número II, clínica privada, donde llevamos a cabo entrevistas a dos pediatras y a dos psicólogas. De los médicos uno de ellos desempeña actualmente su trabajo también en el área pública y el otro, es médico de guardia en dicha clínica.

No tuvimos ningún tipo de obstáculos por parte de la institución para cumplir con la actividad pautada.

Ambas psicólogas están especializadas en clínica de niños y adolescentes; y trabajan además en el área educacional.

- Institución Número III, clínica privada, en la que realizamos una entrevista a una pediatra, quien recomendó entrevistar a la psiquiatra especializada en infanto-juvenil, actualmente a cargo del área salud mental de dicha institución. Esta última trabajó tanto en ámbitos públicos como privados, dentro y fuera del país.

La pediatra entrevistada tiene veinte años de experiencia en el área pediátrica, actualmente trabaja solamente en el ámbito privado, aunque también ejerció su profesión en el ámbito público.

En esta institución no hay personal específico que cubra la guardia, sino que se realiza la atención ante la consulta espontánea y está a cargo de los mismos pediatras, por ello no se realizó una entrevista a un médico del área.

- Institución Número IV, hospital público, donde realizamos entrevistas a: un pediatra, un asistente social, una licenciada en psicología y un ginecólogo infanto-juvenil; estos tres últimos, son miembros del Comité de Maltrato de dicho hospital.

El pediatra entrevistado se desempeñó como médico de guardia, de consultorio en dicho hospital y define su tarea en la institución de la siguiente manera: *“actualmente yo en el hospital ... no realizo tarea asistencial, realizo tareas de coordinación y en contacto con la dirección.”*

La asistente social definió su función: *“soy licenciada en servicio social y soy la responsable del servicio de acá, del servicio social, soy jefe de este servicio social y entre otras tareas que hago asistenciales estoy dentro del Comité de Maltrato Infantil del hospital”.*

La psicóloga por su parte explicó:

... yo soy psicóloga que pertenezco al equipo de salud mental del hospital, en el consultorio externo de salud mental, además soy miembro del Comité de Maltrato y Abuso Sexual que funciona también



en el hospital, o sea, digamos mi función es asistencial ... mi lugar de pertenencia es en el equipo de salud mental.

El ginecólogo infanto-juvenil también aclaró su actividad:

. . . . yo soy el encargado del consultorio de ginecología infanto-juvenil ... hace veinte años que estoy a cargo de ese consultorio ... una de las áreas que tenemos es el trabajo en violencia sexual con menores que lo hacemos en colaboración con los tribunales de menores ... pero lo central de este hospital es el Comité de Maltrato ... nosotros actuamos como interconsulta al Comité de Maltrato ... formamos parte del comité y todo pero de todas maneras la cabecera de la orientación del Comité de Maltrato es el área de salud mental.

- Institución Número V, Centro de Salud del Barrio Libertad, donde realizamos una entrevista a la médica pediatra, quien trabaja en la actualidad solamente en esta institución estatal.

Observaciones, reflexiones e interrogantes respecto del área salud.

No encontramos inconvenientes por parte de las diferentes instituciones de salud para cumplir con las entrevistas pautadas, a excepción del H.I.E.M.I., en donde al momento de realizar la entrevista al médico responsable de ginecología infanto-juvenil, se nos presentaron distintos obstáculos *burocráticos y administrativos*. Los mismos consistieron en la solicitud de permisos ante distintos sectores, cartas de presentación,

explicaciones en cuanto a la finalidad de la investigación, etc.. Esto provocó una demora en la realización de la entrevista. Cabe aclarar que dentro del área salud mental y servicio social no hubo ningún inconveniente para llevar a cabo la actividad programada.

En el Centro de Salud del Barrio Libertad no pudimos ubicar al licenciado en psicología, lo que nos llevó a que no realicemos la entrevista.

No advertimos por parte de los entrevistados de este área una actitud evasiva respecto de la problemática planteada, sino que, por el contrario, se manifestaron interesados en la misma desde su rol profesional. De todas maneras se debe destacar el papel que desempeña el H.I.E.M.I. en lo que respecta a la detección y tratamiento de casos de abuso sexual infantil en comparación con el lugar que se le da a la mencionada problemática en el resto de las instituciones. Cabe que nos preguntemos, entonces, por el motivo de esta diferencia: ¿por qué el número de casos de abuso en la institución hospitalaria es tan alto con respecto al resto de las instituciones siendo que en todas ellas se reconoce la existencia de casos de abusos?, ¿esta diferencia está relacionada con la insuficiencia en la capacidad de detección del personal de las instituciones mencionadas, o el motivo se encuentra en que las personas involucradas en situaciones abusivas recurren directamente al hospital público?.

Vale mencionar también el lugar prioritario que tiene el diagnóstico psicológico en los casos de A.S.I., lo que nos genera interrogantes respecto a la importancia de la formación del psicólogo en este área.

Posiblemente esta falta de capacitación por parte de los psicólogos en las áreas entrevistadas, se pueda ver en la tendencia a derivar casos de esta índole al Comité de Maltrato. Al respecto la asistente social del H.I.E.M.I. comenta:

. . . . los equipos, la gente que está en los barrios a veces no está capacitada en el tema, entonces a nosotros nos ocurrió cuando abrimos el comité un efecto boomerang, digamos, que parece que fuéramos el Comité ultra especializado, entonces, todo tiene que venir acá, el tema, entonces, que a veces yo ... me río, porque digo esto es una chicana, como diciendo yo me pongo a trabajar, organizamos el trabajo internamente nuestro ... pero no para decir pongamos un cartel Comité de Maltrato y que toda Mar del Plata y su zona nos mande todos sus pacientes. (Institución de salud Nro. IV, entrevistada Nro. I.)

Datos Obtenidos En La Investigación

En el presente apartado presentaremos los indicadores que fueron reconocidos por los entrevistados y encuestados en el trabajo de campo (*indicadores subjetivos*). De la misma manera enunciaremos los indicadores recolectados en la bibliografía específica sobre la temática abuso sexual infantil, especialmente el listado citado por la doctora Irene Intebi (1998) (*indicadores objetivos*).

Llamaremos *Indicadores Subjetivos* a aquellos indicadores que son considerados en su práctica por psicólogos, asistentes sociales, médicos pediatras, docentes e informantes claves entrevistados y los reconocidos por padres, madres o tutores encuestados.

Debido a las distintas formas de expresarse de los entrevistados /encuestados y ante la diversidad de las respuestas obtenidas, consideramos necesaria una categorización de los datos referentes a los *indicadores subjetivos*.

La tipificación de los datos fue realizada en dos etapas: en un primer momento clasificamos las distintas respuestas obteniendo una determinada cantidad de indicadores; luego reagrupamos las mismas en clases más amplias con el fin de obtener resultados más significativos.

Cuadros De Datos De Indicadores Subjetivos De Todas Las Áreas

En el siguiente cuadro detallamos cuales han sido los indicadores que han reconocido los distintos entrevistados/encuestados de las distintas áreas, sin discriminar cuáles fueron mencionados en cada una de las mismas, información que puede encontrarse en el capítulo IV.

Cuadro número 2

Indicadores Subjetivos	Respuestas de los entrevistados/encuestados que incluye el indicador*
Cambios de conducta.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de carácter; • Cambios de animo; • Buscan llamar la atención; • Cambio gradual en la actitud desde retraimiento hasta agresividad.
Retraimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicación; • Se mete para dentro; • Calladito; • Introversión; • Se encierran, no sale; • Timidez; • Reservado, se aísla.
Relato.	• Manifestaciones gesticulares del abuso.
Miedos.	• Temores nocturnos.
Silenciamiento.	
Agresividad.	• Enojo.
Tristeza.	
Marcas en el cuerpo.	
Problemas de aprendizaje.	
Enuresis y Encopresis.	
Manifestaciones psicosomáticas.	• Anorexia y Bulimia nerviosa.
Manif. sexuales inadecuadas para la edad.	
Manifestaciones sexuales en gráficos.	
Marcas en zona genital.	
Manifestaciones sexuales en el juego.	
Miedo ante un adulto.	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a personas del mismo sexo; • Miedo a figuras adultas; • Miedo ante el abusador; • Rechazo a personas del mismo sexo del abusador.

* En esta columna presentamos los indicadores que hemos incluido dentro de categorías más amplias, por considerar a estas últimas abarcativas de los mismas.

Pudor.	<ul style="list-style-type: none"> • Vergüenza; • Taparse; • Escondarse; • Pudor al bañarse; • Pudor con su genitalidad.
Evitación de contacto físico.	
Indicadores comunes a otras problemáticas.	
Negación a concurrir a la escuela / a un lugar frecuentado.	
Regresión.	
Autoagresión.	<ul style="list-style-type: none"> • Intentos de suicidio.
Cambios significativos en la escritura.	
Depresión.	
Irritabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Nervios.
Manifestaciones verbales de conductas sexuales.	
Trastornos del sueño.	
Trastornos psicológicos.	
Conflictos familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia familiar.
Enfermedad de transmisión sexual.	
Miedo a ir al baño.	
Mutismo.	
Pánico.	
Sentimiento de culpa.	
Trastornos del habla.	
Cambios emocionales significativos.	
Cefaleas.	
Complicidad de los padres.	
Impotencia.	
Nivel de autoestima bajo.	
Rastros del delito.	
Reticencia a la revisión médica.	
Retraso en el desarrollo.	
Actitud evitativa ante clases sobre sexualidad.	
Antecedente de abuso en los padres.	
Ausencia de uno de los padres en la consulta.	
Dispersión.	
Fugas de hogar.	
Incapacidad de diferenciar entre realidad y fantasía.	
Infección urinaria.	
Negación a retirarse de la escuela.	
Rebeldía.	
Reincidencia de consulta.	
Reiteración de temas elegidos en sus redacciones.	
Resentimiento.	

Lista De Indicadores Objetivos

Es importante aclarar que I. Intebi (1998) en la clasificación de indicadores que realiza en su libro considera *Indicadores Específicos* a los estrechamente relacionados con el abuso sexual infantil; e *Indicadores Inespecíficos* a aquellos que pueden acompañar, a su vez, a otros trastornos, tanto físicos como psicológicos.

Indicadores psicológicos inespecíficos.

- Síndrome de estrés post-traumático:
 - Agudo (la duración de los síntomas es inferior a los tres meses);
 - Crónico (la duración de los síntomas es igual o superior a tres meses);
 - Diferido (entre el acontecimiento traumático y el acontecimiento de los síntomas han pasado como mínimo seis meses).

Indicadores psicológicos específicos.

- Actitudes de abierto sometimiento;
- Conductas agresivas con tendencia a externalizar el conflicto;
- Comportamiento seudomaduro o sobreadaptado;
- Indicios de actividades sexuales;
- Juegos sexuales persistentes e inadecuados con niños de la misma edad, con juguetes o con sus propios cuerpos, o conductas sexualmente agresivas hacia los demás;

- Comprensión detallada e inapropiada para la edad de comportamientos sexuales (sobre todo en niños pequeños);
- Permanencia prolongada en la escuela (llegar antes de hora y retirarse después), sin ausentismo;
 - Mala relación con sus pares y dificultades para entablar amistades;
 - Desconfianza, en especial hacia figuras significativas;
 - Falta de participación en actividades escolares y sociales;
 - Dificultades para concentrarse en la escuela;
 - Disminución brusca del rendimiento escolar;
 - Temor exacerbado hacia los hombres (en los casos en que la víctima es una niña y el perpetrador, un hombre);
 - Fugas del hogar;
 - Trastorno del sueño;
 - Conductas regresivas;
 - Retraimiento;
 - Depresión clínica;
 - Ideación suicida.

Indicadores físicos inespecíficos.

- Ciertos trastornos psicosomáticos 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, generalmente nocturna) y encopresis (incontinencia de materia fecal) en niños que ya habían logrado el control esfinteriano.

Indicadores físicos específicos.

- Lesiones en zonas genital y / o anal;
- Sangrado por vagina y / o ano;
- Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, S.I.D.A. no preexistente al momento del nacimiento, condilomas acuminados, conocidos como verrugas genitales, herpes genital, flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales en 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.

Los indicadores anteriormente citados son también clasificados por la autora según el período evolutivo. Nosotros para la presente investigación sólo utilizaremos el listado referido a cualquier edad, no el discriminado por período evolutivo.

Indicadores altamente específicos (a cualquier edad).

Indicadores físicos.

- Lesiones en zonas genital y / o anal;
- Sangrado por vagina y / o ano;
- Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, S.I.D.A. no preexistente al momento del nacimiento, condilomas acuminados, conocidos como verrugas genitales, herpes genital, flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales en 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.

Indicadores psicológicos.

- Relato de la víctima.

CAPITULO IV

Análisis de Datos

Análisis Cuanti-Cualitativo

La presentación de los datos se encuentra organizada de la siguiente manera:

Área Informantes Claves. Cada entrevistado será nombrado de acuerdo a la siguiente referencia numérica:

I: Dr. Julio Razona;

II: O.N.G. Asistencia al Niño Abusado;

III: Lic. Ana Birades;

IV: Dra. María de los Ángeles Lorenzo.

En el Área Judicial presentaremos los datos obtenidos en cada tribunal, discriminando el tribunal del que se trate y el número de entrevistado correspondiente:

Tribunal de Menores N° I: T.M. I

Tribunal de Menores N° II: T.M. II

Tribunal de Menores N° III: T.M. III

En las Áreas Educacional, Salud, y Padres, Madres, Tutores, cada una de las instituciones se nombrará siguiendo el mismo criterio empleado que en el área anterior, con el fin de mantener el anonimato de las mismas.

Así mismo cabe aclarar que en cada una de ellas, se distinguirá el número de personas entrevistadas/encuestadas, por ejemplo, Área Educacional, Institución Nro. 1, N = 3. La numeración utilizada se encuentra indicada en el cronograma, (ver cronograma en anexo).

Por último realizaremos la comparación entre indicadores objetivos y subjetivos, indicando si hay una correspondencia entre ellos, y si la hay cual fue el porcentaje de reconocimiento que obtuvo en esta investigación.

Análisis De Indicadores Subjetivos Reconocidos

Cuadro número 3, indicadores reconocidos entre todas las áreas.

Indicadores Subjetivos	Área Informantes claves		Área Judicial		Área Educacional		Área Salud		Área Padres, madres, tutores		Total	% Total
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%		
	N = 4		N = 4		N = 14		N = 13		N = 60			
Cambios de conducta	2	50%	3	75%	8	57,1%	7	53,8%	17	28,3%	37	38,9%
Retraimiento	1	25%	1	25%	10	71,4%	2	15,4%	20	33,3%	34	35,8%
Relato	3	75%	2	50%	7	50,0%	6	46,2%	5	8,3%	23	24,2%
Miedos	1	25%	1	25%	1	7,1%	1	7,7%	15	25,0%	19	20,0%
Silenciamiento	0	0%	0	0%	4	28,6%	4	30,7%	5	8,3%	13	13,7%
Agresividad	2	50%	1	25%	1	7,1%	0	0,0%	8	13,3%	12	12,6%
Tristeza	1	25%	0	0%	4	28,6%	1	7,7%	6	10,0%	12	12,6%
Marcas en el cuerpo	2	50%	1	25%	2	14,3%	6	46,2%	0	0,0%	11	11,6%
Problemas de aprendizaje	2	50%	1	25%	2	14,3%	5	38,5%	2	3,3%	11	11,6%
Problemas de aprendizaje	1	25%	1	25%	2	14,3%	5	38,5%	2	3,3%	11	11,6%
Enuresis y Encopresis	3	75%	2	50%	1	7,1%	1	7,7%	3	5,0%	10	10,5%
Enuresis y Encopresis	3	75%	2	50%	1	7,1%	1	7,7%	3	5,0%	10	10,5%
Manifestaciones psicósomáticas	2	50%	2	50%	1	7,1%	3	23,1%	2	3,3%	10	10,5%
Manifestaciones psicósomáticas	2	50%	2	50%	1	7,1%	3	23,1%	2	3,3%	10	10,5%
Manif. de conductas sexuales inadecuadas para la edad	2	50%	2	50%	3	21,4%	1	7,7%	1	1,7%	9	9,5%
Manif. de conductas sexuales inadecuadas para la edad	2	50%	2	50%	3	21,4%	1	7,7%	1	1,7%	9	9,5%
Manifestaciones sexuales en gráficos	3	75%	1	25%	3	21,4%	2	15,4%	0	0,0%	9	9,5%
Manifestaciones sexuales en gráficos	3	75%	1	25%	3	21,4%	2	15,4%	0	0,0%	9	9,5%
Marcas en zona genital	2	50%	1	25%	0	0,0%	5	38,5%	1	1,7%	9	9,5%
Marcas en zona genital	2	50%	1	25%	0	0,0%	5	38,5%	1	1,7%	9	9,5%
Manifestaciones sexuales en el juego	2	50%	0	0%	1	7,1%	3	23,1%	1	1,7%	7	7,4%
Manifestaciones sexuales en el juego	2	50%	0	0%	1	7,1%	3	23,1%	1	1,7%	7	7,4%
Miedo ante un adulto	2	50%	0	0%	1	7,1%	2	15,4%	3	5,0%	7	7,4%
Miedo ante un adulto	2	50%	0	0%	1	7,1%	2	15,4%	3	5,0%	7	7,4%
Pudor	1	25%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	6	10,0%	7	7,4%
Pudor	1	25%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	6	10,0%	7	7,4%
Evitación de contacto físico	0	0%	0	0%	4	28,6%	0	0,0%	2	3,3%	6	6,3%
Evitación de contacto físico	0	0%	0	0%	4	28,6%	0	0,0%	2	3,3%	6	6,3%
Indicadores comunes a otras Problemáticas	0	0%	0	0%	3	21,4%	3	23,1%	0	0,0%	6	6,3%
Indicadores comunes a otras Problemáticas	0	0%	0	0%	3	21,4%	3	23,1%	0	0,0%	6	6,3%
Negación a concurrir a la escuela/ a un lugar frecuentado	0	0%	0	0%	1	7,1%	2	15,4%	3	5,0%	6	6,3%
Negación a concurrir a la escuela/ a un lugar frecuentado	0	0%	0	0%	1	7,1%	2	15,4%	3	5,0%	6	6,3%
Regresión	0	0%	1	25%	0	0,0%	1	7,7%	3	5,0%	5	5,3%
Regresión	0	0%	1	25%	0	0,0%	1	7,7%	3	5,0%	5	5,3%
Autoagresión	1	25%	0	0%	0	0,0%	2	15,4%	1	1,7%	4	4,2%
Autoagresión	1	25%	0	0%	0	0,0%	2	15,4%	1	1,7%	4	4,2%
Cambios significativos en la escritura	1	25%	0	0%	2	14,3%	1	7,7%	0	0,0%	4	4,2%
Cambios significativos en la escritura	1	25%	0	0%	2	14,3%	1	7,7%	0	0,0%	4	4,2%
Depresión	0	0%	1	25%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%	4	4,2%
Depresión	0	0%	1	25%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%	4	4,2%
Irritabilidad	0	0%	0	0%	2	14,3%	0	0,0%	2	3,3%	4	4,2%
Irritabilidad	0	0%	0	0%	2	14,3%	0	0,0%	2	3,3%	4	4,2%
Manifestaciones verbales de conductas sexuales	1	25%	1	25%	1	7,1%	1	7,7%	0	0,0%	4	4,2%
Manifestaciones verbales de conductas sexuales	1	25%	1	25%	1	7,1%	1	7,7%	0	0,0%	4	4,2%
Trastornos del sueño	1	25%	2	50%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	4	4,2%
Trastornos del sueño	1	25%	2	50%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	4	4,2%
Trastornos psicológicos	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	3	5,0%	4	4,2%
Trastornos psicológicos	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	3	5,0%	4	4,2%
Conflictos familiares	0	0%	0	0%	1	7,1%	2	15,4%	0	0,0%	3	3,2%
Conflictos familiares	0	0%	0	0%	1	7,1%	2	15,4%	0	0,0%	3	3,2%
Enfermedad de transmisión sexual	2	50%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	3	3,2%
Enfermedad de transmisión sexual	2	50%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	3	3,2%
Miedo a ir al baño	0	0%	0	0%	1	7,1%	0	0,0%	2	3,3%	3	3,2%
Miedo a ir al baño	0	0%	0	0%	1	7,1%	0	0,0%	2	3,3%	3	3,2%
Mutismo	0	0%	0	0%	0	0,0%	2	15,4%	1	1,7%	3	3,2%
Mutismo	0	0%	0	0%	0	0,0%	2	15,4%	1	1,7%	3	3,2%
Pánico	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%	3	3,2%
Pánico	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,0%	3	3,2%
Sentimiento de culpa	1	25%	0	0%	2	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,2%
Sentimiento de culpa	1	25%	0	0%	2	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,2%
Trastornos del habla	0	0%	1	25%	0	0,0%	1	7,7%	1	1,7%	3	3,2%
Trastornos del habla	0	0%	1	25%	0	0,0%	1	7,7%	1	1,7%	3	3,2%
Cambios emocionales significativos	0	0%	0	0%	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	2	2,1%
Cambios emocionales significativos	0	0%	0	0%	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	2	2,1%
Cefaleas	2	50%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,1%
Cefaleas	2	50%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,1%
Complicidad de los padres	0	0%	0	0%	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	2	2,1%
Complicidad de los padres	0	0%	0	0%	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	2	2,1%
Impotencia	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,3%	2	2,1%
Impotencia	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,3%	2	2,1%

Nivel de autoestima bajo	1	25%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	2	2,1%
Rastros del delito	1	25%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	2	2,1%
Reticencia a la revisión médica	0	0%	0	0%	0	0,0%	2	15,4%	0	0,0%	2	2,1%
Retraso en el desarrollo	1	25%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	2	2,1%
Actitud evitativa ante clases sobre sexualidad	0	0%	0	0%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
Antecedente de abuso en los padres	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,1%
Ausencia de uno de los padres en la consulta	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,1%
Dispersión	0	0%	0	0%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
Fugas del hogar	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,1%
Incapacidad de diferenciar entre realidad y fantasía	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,1%
Infección urinaria	1	25%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
Negación a retirarse de la escuela	0	0%	0	0%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
Rebeldía	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	1	1,1%
Reincidencia de consulta	0	0%	0	0%	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%	1	1,1%
Reiteración de temas elegidos en sus redacciones	0	0%	0	0%	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
Resentimiento	0	0%	1	25%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
No nombraron ningún indicador	0	0%	0	0%	0	0,0%	0	0,0%	8	13,3%	8	8,4%

Cuadro número 4, indicadores más reconocidos entre todas las áreas.

Indicadores Subjetivos	Área Informantes Claves		Área Judicial		Área Educacional		Área Salud		Área Padres, madres, tutores		Total	% total
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%		
	N = 4		N = 4		N = 14		N = 13		N = 60		N = 95	
Cambios de conducta	2	50%	3	75%	8	57,1%	7	53,8%	17	28,3%	37	38,9%
Retraimiento	1	25%	1	25%	10	71,4%	2	15,4%	20	33,3%	34	35,8%
Relato	3	75%	2	50%	7	50,0%	6	46,2%	5	8,3%	23	24,2%
Miedos	1	25%	1	25%	1	7,1%	1	7,7%	15	25,0%	19	20,0%
Silenciamiento	0	0%	0	0%	4	28,6%	4	30,7%	5	8,3%	13	13,7%
Agresividad	2	50%	1	25%	1	7,1%	0	0,0%	8	13,3%	12	12,6%
Tristeza	1	25%	0	0%	4	28,6%	1	7,7%	6	10,0%	12	12,6%
Marcas en el cuerpo	2	50%	1	25%	2	14,3%	6	46,2%	0	0,0%	11	11,6%
Problemas de aprendizaje	1	25%	1	25%	2	14,3%	5	38,5%	2	3,3%	11	11,6%
Enuresis y Encopresis	3	75%	2	50%	1	7,1%	1	7,7%	3	5,0%	10	10,5%
Manifestaciones psicósomáticas	2	50%	2	50%	1	7,1%	3	23,1%	2	3,3%	10	10,5%
Indicadores relacionados con manifestaciones sexuales*	2	50%	1	25%	2	14,3%	1,75	13,5%	0,5	0,8%	7,25	7,6%

* Bajo dicho nombre agrupamos los indicadores: Manifestaciones sexuales inadecuadas para la edad; Manifestaciones sexuales en gráficos; Manifestaciones sexuales en el juego; Manifestaciones verbales de conductas sexuales. Para su análisis realizamos el promedio del total de las respuestas dadas a estos cuatro indicadores.

Área Informantes Claves

Entre los cuatro entrevistados de este área (N = 4), nombraron 27 indicadores de abuso sexual infantil, (ver cuadro nro. 5). De estos 27 los indicadores *enuresis y encopresis, manifestaciones sexuales en gráficos y relato*, fueron reconocidos por el 75 % de esos entrevistados, es decir que 3 de los 4 nombraron los mismos.

Por otra parte los indicadores *cambios de conducta, agresividad, marcas en el cuerpo, manifestaciones psicósomáticas, manifestaciones de conductas sexuales inadecuadas para la edad, marcas en zona genital, manifestaciones sexuales en el juego, enfermedades de transmisión sexual y cefaleas*, fueron reconocidos por el 50 % de esos entrevistados. Siendo por esta razón los indicadores mencionados considerados dentro del grupo de indicadores más nombrados en este área, en cuanto a la detección del abuso sexual infantil.

De los 27 indicadores antes referidos, el informante clave nro. III reconoció el 74 % de ellos, (20 indicadores). Vale aclarar que de esos 20, en sólo 9 coincidió con al menos otro informante clave.

Cuadro número 5

ÁREA INFORMANTES CLAVES						
Indicadores Subjetivos	I (n=1)	II (n=1)	III (n=1)	IV (n=1)	Total (n=4)	%(n=4)
Cambios de conducta	-	1	1	-	2	50%
Retraimiento	-	-	1	-	1	25%
Relato	1	1	1	-	3	75%
Miedos	-	-	-	1	1	25%
Silenciamiento	-	-	-	-	0	0%
Agresividad	1	-	1	-	2	50%
Tristeza	-	-	1	-	1	25%
Marcas en el cuerpo	1	1	-	-	2	50%
Problemas de aprendizaje	-	-	1	-	1	25%
Enuresis y Encopresis	-	1	1	1	3	75%
Manifestaciones psicósomáticas	-	-	1	1	2	50%
Manif. de conductas sexuales inadecuadas para la edad	-	1	1	-	2	50%
Manifestaciones sexuales en gráficos	1	1	1	-	3	75%
Marcas en zona genital	1	-	1	-	2	50%
Manifestaciones sexuales en el juego	1	-	1	-	2	50%
Miedo ante un adulto	-	-	1	-	1	25%
Pudor	-	-	1	-	1	25%
Evitación de contacto físico	-	-	-	-	0	0%
Indicadores comunes a otras problemáticas	-	-	-	-	0	0%
Negación a concurrir a la escuela / a lugar frecuentado	-	-	-	-	0	0%
Regresión	-	-	-	-	0	0%
Autoagresión	-	-	1	-	1	25%
Cambios significativos en la escritura	-	1	-	-	1	25%
Depresión	-	-	-	-	0	0%
Irritabilidad	-	-	-	-	0	0%
Manif. verbales de conductas sexuales	-	-	1	-	1	25%
Trastornos del sueño	-	-	1	-	1	25%
Trastornos psicológicos	-	-	-	-	0	0%
Conflictos familiares	-	-	-	-	0	0%
Enfermedad de transmisión sexual	1	-	-	1	2	50%
Miedo a ir al baño	-	-	-	-	0	0%
Mutismo	-	-	-	-	0	0%
Pánico	-	-	-	-	0	0%
Sentimiento de culpa	-	-	1	-	1	25%
Trastornos del habla	-	-	-	-	0	0%
Cambios emocionales significativos	-	-	-	-	0	0%
Cefaleas	-	-	1	1	2	50%
Complicidad de los padres	-	-	-	-	0	0%
Impotencia	-	-	-	-	0	0%
Nivel de autoestima bajo	-	-	1	-	1	25%
Rastros del delito	-	-	-	1	1	25%
Reticencia a la revisión médica	-	-	-	-	0	0%
Retraso en el desarrollo	1	-	-	-	1	25%
Actitud evitativa ante clases sobre sexualidad	-	-	-	-	0	0%
Antecedente de abuso en los padres	-	-	-	-	0	0%
Ausencia de uno de los padres en la consulta	-	-	-	-	0	0%

Dispersión	-	-	-	-	0	0%
Fugas del hogar	-	-	-	-	0	0%
Incapacidad de diferenciar entre realidad y fantasía	-	-	-	-	0	0%
Infección urinaria	-	-	-	1	1	25%
Negación a retirarse de la escuela	-	-	-	-	0	0%
Rebeldía	-	-	-	-	0	0%
Reincidencia de consulta	-	-	-	-	0	0%
Reiteración de temas elegidos en sus redacciones	-	-	-	-	0	0%
Resentimiento	-	-	-	-	0	0%
No nombraron ningún indicador	-	-	-	-	0	0%

Área Judicial

En este área se entrevistaron a 4 profesionales (N = 4), miembros de los equipos técnicos de los tres tribunales de menores de nuestra ciudad. Entre éstos reconocieron 18 indicadores de abuso sexual infantil, (ver cuadro nro. 6).

De los 18 indicadores, *cambios de conducta* fue reconocido por el 75 % de los entrevistados del área y a su vez fue el único en que coincidieron los tres tribunales. En tanto que *trastornos de sueño, relato, manifestaciones psicósomáticas, enuresis y encopresis y manifestaciones de conductas sexuales inadecuadas para la edad*, fueron mencionados por el 50 % de los profesionales entrevistados.

Es importante aclarar que en el Tribunal de Menores Nro. II se entrevistaron a dos profesionales, uno de los cuales reconoció dos indicadores de A.S.I., mientras que el otro siete, sin haber coincidido en ninguno de los mencionados por ellos.

Cuadro número 6

Área Judicial					
Indicadores Subjetivos	T.M. I (n=1)	T.M. II (n=2)	T.M. III (n=1)	Total (n=4)	% (n=4)
Cambios de conducta	1	1	1	3	75%
Retraimiento	1	-	-	1	25%
Relato	1	1	-	2	50%
Miedos	-	-	1	1	25%
Silenciamiento	-	-	-	0	0%
Agresividad	-	1	-	1	25%
Tristeza	-	-	-	0	0%
Marcas en el cuerpo	1	-	-	1	25%
Problemas de aprendizaje	-	-	1	1	25%
Enuresis y Encopresis	1	-	1	2	50%
Manifestaciones psicósomáticas	-	1	1	2	50%
Manifestaciones de conductas sexuales inadecuadas para la edad	-	1	1	2	50%
Manifestaciones sexuales en gráficos	1	-	-	1	25%
Marcas en zona genital	-	1	-	1	25%
Manifestaciones sexuales en el juego	-	-	-	0	0%
Miedo ante un adulto	-	-	-	0	0%
Pudor	-	-	-	0	0%
Evitación de contacto físico	-	-	-	0	0%
Indicadores comunes a otras problemáticas	-	-	-	0	0%
Negación a concurrir a la escuela / a un lugar frecuentado	-	-	-	0	0%
Regresión	-	-	1	1	25%
Autoagresión	-	-	-	0	0%
Cambios significativos en la escritura	-	-	-	0	0%
Depresión	-	1	-	1	25%
Irritabilidad	-	-	-	0	0%
Manifestaciones verbales de conductas sexuales	-	-	1	1	25%
Trastornos del sueño	-	1	1	2	50%
Trastornos psicológicos	-	-	-	0	0%
Conflictos familiares	-	-	-	0	0%
Enfermedad de transmisión sexual	-	-	-	0	0%
Miedo a ir al baño	-	-	-	0	0%
Mutismo	-	-	-	0	0%
Pánico	-	-	-	0	0%
Sentimiento de culpa	-	-	-	0	0%
Trastornos del habla	1	-	-	1	25%
Cambios emocionales significativos	-	-	-	0	0%
Cefaleas	-	-	-	0	0%
Complicidad de los padres	-	-	-	0	0%
Impotencia	-	-	-	0	0%
Nivel de autoestima bajo	-	-	-	0	0%
Rastros del delito	-	-	-	0	0%
Reticencia a la revisión médica	-	-	-	0	0%
Retraso en el desarrollo	-	-	-	0	0%
Actitud evitativa ante clases sobre sexualidad	-	-	-	0	0%
Antecedente de abuso en los padres	-	-	-	0	0%
Ausencia de uno de los padres en la consulta	-	-	-	0	0%



Dispersión	-	-	-	0	0%
Fugas del hogar	-	-	-	0	0%
Incapacidad de diferenciar entre realidad y fantasía	-	-	-	0	0%
Infección urinaria	-	-	-	0	0%
Negación a retirarse de la escuela	-	-	-	0	0%
Rebeldía	-	-	-	0	0%
Reincidencia de consulta	-	-	-	0	0%
Reiteración de temas elegidos en sus redacciones	-	-	-	0	0%
Resentimiento	-	1	-	1	25%
No nombraron ningún indicador	-	-	-	-	0%

Área Educativa

Entre todos los entrevistados del área (N = 14), nombraron un total de 28 indicadores de abuso sexual infantil, (ver cuadro nro. 7). De éstos, sólo el indicador *retraimiento* fue reconocido por 10 de los entrevistados, siendo por ello considerado el indicador más reconocido dentro del área. Así mismo *cambios de conducta* fue nombrado por 8 de esos entrevistados, ubicándose por esto también dentro del grupo de los indicadores más nombrados. En el caso del indicador *relato* fue reconocido por el 50 % de los entrevistados en el área, siendo además el único indicador reconocido en todas las instituciones por al menos uno de los entrevistados.

De todos los indicadores reconocidos, en la Institución Nro. 1 se nombraron 11 entre 3 personas entrevistadas. Entre las mismas sólo coincidieron en un 100 % en el caso del indicador *cambios de conducta*. En los indicadores *marcas en el cuerpo* y *evitación de contacto físico* hubo una coincidencia de 2 de los 3 entrevistados, por lo tanto existen 8 indicadores en esta institución que fueron nombrados por sólo un entrevistado. Esto

implica que de los 11 indicadores reconocidos solamente 3 de ellos entrarían en el grupo de los indicadores más reconocidos.

En la Institución Nro. II también se entrevistaron 3 personas, entre las que reconocieron 14 indicadores. Sólo en el caso del indicador *retramiento* coincidieron el 100 % de los entrevistados en su reconocimiento, en cuanto al indicador *tristeza* coincidieron 2 de los 3 entrevistados, quedando 9 indicadores nombrados sólo por un entrevistado.

Los entrevistados de la Institución Nro. III (N = 3) reconocieron 11 indicadores, de los cuáles sólo coincidieron en el reconocimiento del *retramiento*. En *cambios de conducta*, coincidieron 2 entrevistados, siendo los restantes 9 indicadores nombrados por un solo entrevistado.

Se reconocieron en la Institución Nro. IV 15 indicadores entre los 3 entrevistados. De dichos indicadores ninguno fue reconocido por el 100 % de los entrevistados. En tanto que *retramiento*, *relato*, *silenciamiento*, *manifestaciones de conductas sexuales inadecuadas para la edad* fueron reconocidos por 2 de los 3 entrevistados, por lo tanto 11 indicadores fueron reconocidos por un solo entrevistado.

La Institución Nro. V se entrevistó a una sola persona, quien sólo reconoció a la *evitación de contacto físico* y al *relato* como indicadores de A.S.I.

La entrevistada de la Institución Nro. VI reconoció los siguientes 6 indicadores: *cambios de conducta*, *retramiento*, *relato*, *silenciamiento*, *tristeza* y *sentimiento de culpa*.

Es importante aclarar que el indicador de abuso sexual *relato* fue reconocido por los 2 entrevistados de las instituciones de nivel inicial.

Instituciones educativas privadas (Nro. I, Nro. II, Nro. V).

De las 7 personas entrevistadas en este sector 4, más del 50 %, coincidieron en reconocer *cambios de conducta*, *retramiento* y *evitación de contacto físico* como indicadores de A.S.I.. A su vez, *evitación de contacto físico* y *relato* fueron los únicos indicadores reconocidos en las 3 instituciones por al menos un entrevistado.

Instituciones educativas públicas (Nro. III, Nro. IV, Nro. VI).

De los entrevistados en este sector (N = 7), 6 de ellos, lo que se traduce en el 85,7 % coincidieron en el reconocimiento de *retramiento*.

Los indicadores *silenciamiento*, *relato* y *cambios de conducta*, por otra parte, fueron reconocidos por 4 de los 7 entrevistados, siendo un 57,1 % de los entrevistados, en dicho sector.

Cabe destacar que estos 4 indicadores fueron nombrados por al menos un entrevistado de cada una de las instituciones educativas pertenecientes al sector privado.

Comparación de los indicadores reconocidos en los sectores público y privado dentro del área educacional.

De la comparación entre ambos sectores se hace evidente una diferencia en cuanto a determinados indicadores que han sido mencionados por un sector y que se encuentran ausentes en el otro. Para la interpretación de dichas diferencias, compararemos los mismos en relación a aquellos que han sido más nombrados en esta investigación.

En el sector privado, de los indicadores más nombrados, el único que ha sido reconocido a diferencia del sector público fue el indicador *marcas en el cuerpo*, aunque no se considera significativa dicha diferencia.

Evitación de contacto físico fue reconocido por 4 entrevistados en el área educativa, siendo los mismos pertenecientes al sector privado. Sin embargo en la presente investigación no es considerado un indicador que se encuentre entre los más nombrados.

El sector público, a diferencia del privado, ha reconocido de modo significativo de los indicadores más nombrados (ver cuadro nro. 7), sólo el indicador *silenciamiento*, por 4 de los 7 entrevistados del sector.

Cuadro número 7

Área Educacional												
Indicadores Subjetivos	SECTOR PRIVADO					SECTOR PÚBLICO					Total 1+2	% Total
	I	II	V	Total 1	%	III	IV	VI	Total 2	%		
	(n=3)	(n=3)	(n=1)	(n=7)	(n=7)	(n=3)	(n=3)	(n=1)	(n=7)	(n=7)	(n=14)	(n=14)
Cambios de conducta	3	1	-	4	57,1%	2	1	1	4	57,1%	8	57,1%
Retraimiento	1	3	-	4	57,1%	3	2	1	6	85,7%	10	71,4%
Relato	1	1	1	3	42,9%	1	2	1	4	57,1%	7	50,0%
Miedos	-	-	-	0	0,0%	1	-	-	1	14,3%	1	7,1%
Silenciamiento	-	-	-	0	0,0%	1	2	1	4	57,1%	4	28,6%
Agresividad	-	-	-	0	0,0%	1	-	-	1	14,3%	1	7,1%
Tristeza	-	2	-	2	28,6%	-	1	1	2	28,6%	4	28,6%
Marcas en el cuerpo	2	-	-	2	28,6%	-	-	-	0	0,0%	2	14,3%
Problemas de aprendizaje	-	1	-	1	14,3%	1	-	-	1	14,3%	2	14,3%
Enuresis y Encopresis	-	-	-	0	0,0%	-	1	-	1	14,3%	1	7,1%
Manifestaciones psicósomáticas	-	-	-	0	0,0%	1	-	-	1	14,3%	1	7,1%
Manifestaciones de conductas sexuales inadecuadas para la edad	1	-	-	1	14,3%	-	2	-	2	28,6%	3	21,4%
Manifestaciones sexuales en gráficos	1	1	-	2	28,6%	-	1	-	1	14,3%	3	21,4%
Marcas en zona genital	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Manifestaciones sexuales en el juego	-	-	-	0	0,0%	-	1	-	1	14,3%	1	7,1%
Miedo ante un adulto	-	-	-	0	0,0%	-	1	-	1	14,3%	1	7,1%
Pudor	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Evitación de contacto físico	2	1	1	4	57,1%	-	-	-	0	0,0%	4	28,6%
Indicadores comunes a otras problemáticas	1	1	-	2	28,6%	1	-	-	1	14,3%	3	21,4%
Negación a concurrir a la escuela / a un lugar frecuentado	1	-	-	1	14,3%	-	-	-	0	0,0%	1	7,1%
Regresión	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Autoagresión	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Cambios significativos en la escritura	-	1	-	1	14,3%	-	1	-	1	14,3%	2	14,3%
Depresión	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Irritabilidad	1	1	-	2	28,6%	-	-	-	0	0,0%	2	14,3%
Manif. verbales de conductas sexuales	-	-	-	0	0,0%	-	1	-	1	14,3%	1	7,1%
Trastornos del sueño	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Trastornos psicológicos	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Conflictos familiares	-	1	-	1	14,3%	-	-	-	0	0,0%	1	7,1%
Enfermedad de transmisión sexual	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Miedo a ir al baño	-	-	-	0	0,0%	-	1	-	1	14,3%	1	7,1%
Mutismo	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Pánico	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Sentimiento de culpa	-	-	-	0	0,0%	-	1	1	2	28,6%	2	14,3%
Trastornos del habla	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Cambios emocionales significativos	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Cefaleas	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Complicidad de los padres	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Impotencia	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Nivel de autoestima bajo	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Rastros del delito	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Reticencia a la revisión médica	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%

Retraso en el desarrollo	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Actitud evitativa ante clases sobre sexualidad	-	-	-	0	0,0%	1	-	-	1	14,3%	1	7,1%
Antecedente de abuso en los padres	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Ausencia de uno de los padres en la consulta	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Dispersión	-	-	-	0	0,0%	-	1	-	1	14,3%	1	7,1%
Fugas del hogar	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Incapacidad de diferenciar entre realidad y fantasía	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Infección urinaria	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Negación a retirarse de la escuela	-	-	-	0	0,0%	1	-	-	1	14,3%	1	7,1%
Rebeldía	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Reincidencia de consulta	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Reiteración de temas elegidos en sus redacciones	1	-	-	1	14,3%	-	-	-	0	0,0%	1	7,1%
Resentimiento	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
No nombraron ningún indicador	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%

Área Salud

En este área se reconocieron entre todos los entrevistados del área 37 indicadores de abuso sexual infantil, de los cuales ningún indicador fue reconocido por el 100 % de los entrevistados, siendo el más reconocido *cambios de conducta*, por 7 de los 13 entrevistados lo que es un 53,8 %. Por otro lado *relato, marcas en el cuerpo* fueron reconocidos por 6 de los 13 entrevistados que se traduce en un 46,2 %. *Problemas de aprendizaje y marcas en zona genital* sólo fueron reconocidos por el 38,5 % de los entrevistados. Con respecto a *marcas en zona genital* vale aclarar que si bien el porcentaje de reconocimiento es bajo, por tratarse del área salud, es igualmente el único indicador que ha sido mencionado por al menos un entrevistado de cada institución.

En la Institución Nro. I entre 2 entrevistados reconocieron 11 indicadores. De los cuales, *cambios de conducta, miedos y marcas en el cuerpo* son los indicadores en los que han coincidido los entrevistados, mientras que los 8 indicadores restantes sólo fueron mencionados por 1 entrevistado.

Entre 4 entrevistados en la Institución Nro. II, han reconocido un total de 16 indicadores, no habiendo coincidido en el reconocimiento de ninguno de los mismos, en tanto que sólo coincidieron en un 50 % en los indicadores: *miedos, marcas en el cuerpo y manifestaciones sexuales en gráficos*. Esto significa que de los 16 indicadores reconocidos por los entrevistados de la institución, sólo hay coincidencia en 3 de los mismos, restando 13 indicadores que fueron mencionados por sólo una persona de las 4 entrevistadas en dicha institución de salud.

En la Institución Nro. III entre los 2 entrevistados reconocieron 13 indicadores de los cuales: *cambios de conducta, problemas de aprendizaje, manifestaciones psicosomáticas e indicadores comunes a otras problemáticas*, fueron reconocidos por ambos profesionales, mientras que los restantes 9 indicadores sólo lo fueron por uno solo de los profesionales.

Entre los 4 entrevistados de la Institución Nro. IV han reconocido 20 indicadores, encontrándose sólo una coincidencia del 75 % en el reconocimiento del indicador *silenciamiento*. Por otra parte *cambios de conducta, marcas en el cuerpo, autoagresión y conflictos familiares* fueron reconocidos por el 50 % de los entrevistados, restando 15 indicadores que fueron nombrados por sólo 1 de los 4 entrevistados.

La única profesional entrevistada de la Institución Nro. V mencionó 4 indicadores, de los cuales sólo silenciamiento se encuentra dentro de los más nombrados.

Instituciones de salud privadas (Nro. I, Nro. II y Nro. III)

Fueron entrevistados en dicho sector 8 profesionales, entre los que reconocieron 27 indicadores de abuso sexual infantil, de éstos *cambios de conducta* y *relato* fueron reconocidos por el 62,5 % de los entrevistados. *Marcas en el cuerpo* y *problemas de aprendizaje* fueron reconocidos por el 50 % de los entrevistados del sector, restando 23 indicadores en los que no hubo una coincidencia de reconocimiento significativa.

Instituciones de salud públicas (Nro. IV y Nro. V)

Fueron reconocidos 21 indicadores entre 5 profesionales. En ninguno de los cuales existió coincidencia del 100 %, en tanto que en el indicador *silenciamiento*, los entrevistados coincidieron en un 80 %. De los 20 indicadores restantes, no hubo una coincidencia significativa.

De la comparación de los dos sectores respecto de los indicadores más nombrados (ver cuadro nro. 8), existe sólo una diferencia significativa en relación al indicador *silenciamiento*, ya que fue reconocido por el 80 % de los entrevistados del sector público y por ninguno del sector privado.

Cuadro número 8

Indicadores Subjetivos	Área Salud										
	SECTOR PRIVADO					SECTOR PÚBLICO				Total	% Total
	I	II	III	Total 1	%	IV	V	Total 2	%	1+2	
	(n=2)	(n=4)	(n=2)	(n=8)	(n=8)	(n=4)	(n=1)	(n=5)	(n=5)	(n=13)	
Cambios de conducta	2	1	2	5	62,5%	2	-	2	40,0%	7	
Retraimiento	-	1	1	2	25,0%	-	-	0	0,0%	2	15,4%
Relato	2	2	1	5	62,5%	1	-	1	20,0%	6	46,2%
Miedos	-	1	-	1		-	-	0	0,0%	1	7,7%
Silenciamiento	-	-	-	0	0,0%	3	1	4	80,0%	4	30,7%
Agresividad	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Tristeza	-	-	1	1	12,5%	-	-	0	0,0%	1	7,7%
Marcas en el cuerpo	2	2	-	4	50,0%	2	-	2	40,0%	6	46,2%
Problemas de aprendizaje	1	1	2	4	50,0%	1	-	1	20,0%	5	38,5%
Enuresis y Encopresis	1	-	-	1	12,5%	-	-	0	0,0%	1	7,7%
Manifestaciones psicosomáticas	-	-	2	2	25,0%	1	-	1	20,0%	3	23,1%
Manifestaciones de conductas sexuales Inadecuadas para la edad	-	-	1	1	12,5%	-	-	0	0,0%	1	7,7%
Manifestaciones sexuales en gráficos	-	2	-	2	25,0%	-	-	0	0,0%	2	15,4%
Marcas en zona genital	1	1	1	3	37,5%	1	1	2	40,0%	5	38,5%
Manifestaciones sexuales en el juego	1	1	-	2	25,0%	1	-	1	20,0%	3	23,1%
Miedo ante un adulto	-	1	1	2	25,0%	-	-	0	0,0%	2	15,4%
Pudor	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Evitación de contacto físico	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Indicadores comunes a otras problemáticas	-	-	2	2	25,0%	1	-	1	20,0%	3	23,1%
Negación a concurrir a la escuela / a un lugar frecuentado	-	-	1	1	12,5%	1	-	1	20,0%	2	15,4%
Regresión	1	-	-	1	12,5%	-	-	0	0,0%	1	7,7%
Autoagresión	-	-	-	0	0,0%	2	-	2	40,0%	2	15,4%
Cambios significativos en la escritura	1	-	-	1	12,5%	-	-	0	0,0%	1	7,7%
Depresión	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Irritabilidad	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Manif. Verbales de conductas sexuales	-	-	-	0	0,0%	1	-	1	20,0%	1	7,7%
Trastornos del sueño	-	-	1	1	12,5%	-	-	0	0,0%	1	7,7%
Trastornos psicológicos	-	1	-	1	12,5%	-	-	0	0,0%	1	7,7%
Conflictos familiares	-	-	-	0	0,0%	2	-	2	40,0%	2	15,4%
Enfermedad de transmisión sexual	-	-	-	0	0,0%	1	-	1	20,0%	1	7,7%
Miedo a ir al baño	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Mutismo	1	-	-	1	12,5%	1	-	1	20,0%	2	15,4%
Pánico	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Sentimiento de culpa	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Trastornos del habla	1	-	-	1	12,5%	-	-	0	0,0%	1	7,7%
Cambios emocionales significativos	-	1	-	1	12,5%	-	1	1	20,0%	2	15,4%
Cefaleas	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Complicidad de los padres	-	-	-	0	0,0%	1	1	2	40,0%	2	15,4%
Impotencia	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Nivel de autoestima bajo	-	-	-	0	0,0%	1	-	1	20,0%	1	7,7%
Rastros del delito	-	-	-	0	0,0%	1	-	1	20,0%	1	7,7%
Reticencia a la revisión médica	-	1	1	2	25,0%	-	-	0	0,0%	2	15,4%
Retraso en el desarrollo	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%

Actitud evitativa ante clases sobre sexualidad	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Antecedente de abuso en los padres	-	-	-	0	0,0%	1	-	1	20,0%	1	7,7%
Ausencia de uno de los padres en la consulta	-	1	-	1	12,5%		-	0	0,0%	1	7,7%
Dispersión	-	-	-	0	0,0%		-	0	0,0%	0	0,0%
Fugas del hogar	-	-	-	0	0,0%	1	-	1	20,0%	1	7,7%
Incapacidad de diferenciar entre realidad y Fantasía	-	1	-	1	12,5%	-	-	0	0,0%	1	7,7%
Infección urinaria	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Negación a retirarse de la escuela	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Rebeldía	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Reincidencia de consulta	-	1	-	1	12,5%	-		0	0,0%	1	7,7%
Reiteración de temas elegidos en sus Redacciones	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Resentimiento	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%
No nombraron ningún indicador	-	-	-	0	0,0%	-	-	0	0,0%	0	0,0%

Área padres, madres, tutores.

En este área de un total de 60 encuestados, sólo 20, el 33,3 %, coincidió en el reconocimiento del indicador *retraimiento*, siendo éste el indicador más reconocido por esta área. *Cambios de conducta* fue reconocido por 17 de las 60 personas encuestadas, y *miedos* fue reconocido por sólo 15, que es un 25 % de los encuestados.

Es significativo que hubo de los 60 encuestados, 8 que no dieron respuesta alguna de indicadores.

Entre todo el área (N = 60) se nombraron 29 indicadores. De los 10 encuestados de la Institución Nro. I, sólo han coincidido en el reconocimiento del indicador *retraimiento* en un 40 %, en el resto de los indicadores mencionados por estos encuestados, la coincidencia de reconocimiento no es significativa, ya que no supera el 20 %. A su vez, 3 de los entrevistados no han podido emitir respuesta alguna.

Los encuestados de la Institución Nro. II (N=10) sólo coincidieron en un 40 % en el reconocimiento del indicador *retramiento y cambios de conducta*, no habiendo una coincidencia significativa en el reconocimiento del resto de los indicadores dados.

Con respecto a los encuestados de la Institución Nro. III (N=10), coincidieron en el reconocimiento de los indicadores *miedos* en un 60%, *retramiento* en un 50% y *agresividad* en un 40%. El resto de los indicadores nombrados por este grupo de encuestados no poseen un porcentaje de reconocimiento importante.

De los indicadores reconocidos por los encuestados de la Institución Nro. IV (N = 10), ninguno fue dado por más de una persona, y a su vez, 3 de los encuestados del grupo no nombró ningún indicador.

Los encuestados de la Institución Nro. V (N=10) coincidieron en un 60% sólo en el indicador *cambios de conducta*, en los indicadores restantes no hubo una coincidencia de reconocimiento superior al 30%, y uno de los encuestados no contestó ningún indicador de abuso sexual infantil.

De los 12 indicadores reconocidos por los encuestados de la Institución Nro. VI (N=10) *ninguno supera el 30% de coincidencia*, 8 indicadores fueron dados sólo por una persona del grupo, y un encuestado no refirió ningún indicador.

Padres, madres, tutores de Instituciones educativas privadas, (Nro. I, Nro. II, Nro. V).

Reconocieron entre 30 personas encuestadas 20 indicadores, de los cuales en el reconocimiento del indicador *cambios de conducta* coincidieron 13 encuestados, o sea el 43,3 % de los mismos; el indicador *retraimiento* fue reconocido por 11 entrevistados, lo que representa el 36,7%; y *miedos* por 8 de los mismos, que es un 26,7% de los entrevistados de este sector.

Padres, madres, tutores de Instituciones educativas públicas, (Nro. III, Nro IV, Nro. VI).

En este sector el indicador *retraimiento* fue el indicador mayormente nombrado, fue reconocido sólo por 9 de los 30 encuestados, por otra parte el indicador *miedos* fue reconocido sólo por 7 encuestados, al igual que en el sector privado 4 de los encuestados no pudieron nombrar ningún indicador de A.S.I.

Comparación de los indicadores reconocidos en los sectores público y privado dentro del área padres, madres, tutores.

Pudimos observar a partir de los datos que no existe una diferencia significativa respecto al reconocimiento de indicadores entre ambos sectores, excepto en el caso del indicador *cambios de conducta*, que fue reconocido en el sector privado por el 43,3 % de los encuestados en el mismos y en el sector público sólo fue reconocido por el 13,3% de los

encuestados. De todas maneras el reconocimiento de indicadores en este área tanto en instituciones públicas como privadas, es muy bajo ya que en ningún caso supera el 45 %.

Cuadro número 9

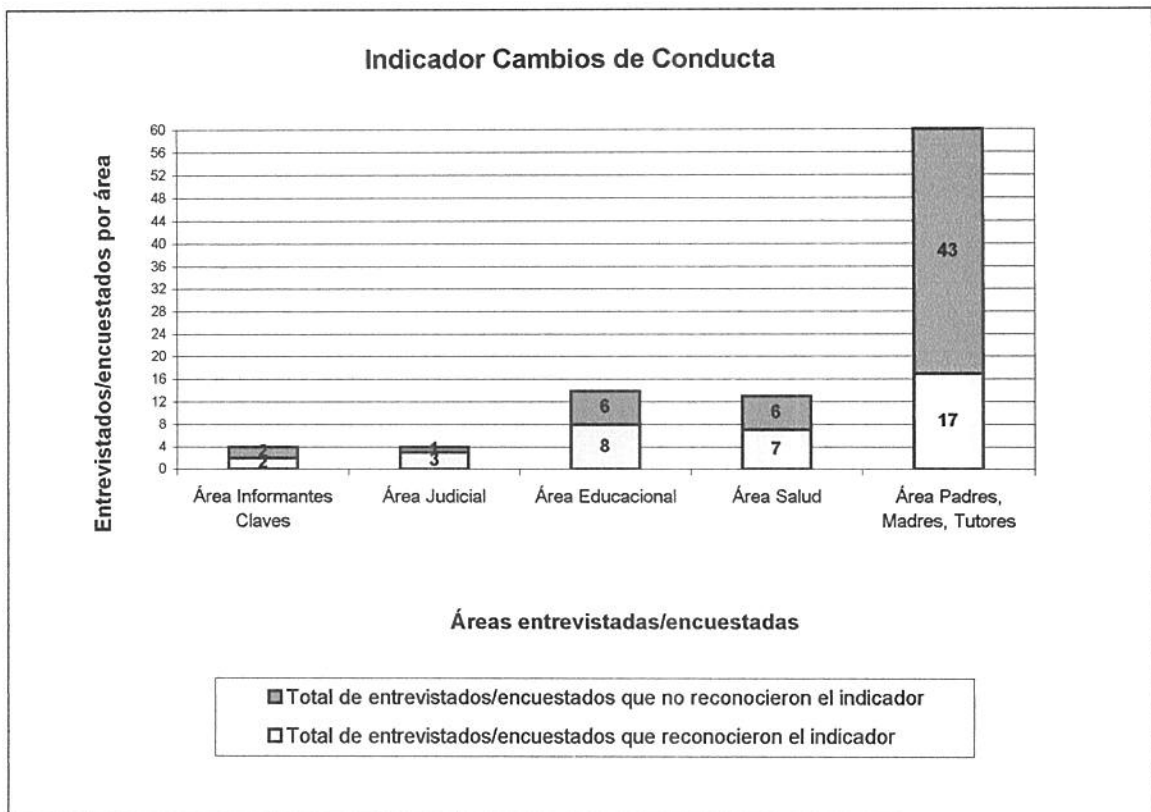
Área Padres, Madres, Tutores												
Indicadores Subjetivos	SECTOR PRIVADO					SECTOR PÚBLICO					Total 1+2	% Total
	I	II	V	Total 1	%	III	IV	VI	Total 2	%		
	(n=10)	(n=10)	(n=10)	(n=30)	(n=30)	(n=10)	(n=10)	(n=10)	(n=30)	(n=30)	(n=60)	(n=60)
Cambios de conducta	3	4	6	13	43,3%	1	1	2	4	13,3%	17	28,3%
Retraimiento	4	4	3	11	36,7%	5	1	3	9	30,0%	20	33,3%
Relato	1	2	-	3	10,0%	-	-	2	2	6,7%	5	8,3%
Miedos	3	2	3	8	26,7%	6	-	1	7	23,3%	15	25,0%
Silenciamiento	-	-	-	0	0,0%	1	1	3	5	16,7%	5	8,3%
Agresividad	1	-	1	2	6,7%	4	1	1	6	20,0%	8	13,3%
Tristeza	1	1	1	3	10,0%	2	-	1	3	10,0%	6	10,0%
Marcas en el cuerpo	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Problemas de aprendizaje	-	-	1	1	0,3%	-	-	1	1	3,3%	2	3,3%
Enuresis y Encopresis	-	-	3	3	10,0%	-	-	-	0	0,0%	3	5,0%
Manifestaciones psicósomáticas	-	1	-	1	3,3%	-	-	1	1	3,3%	2	3,3%
Manif. de conductas sexuales inadecuadas para la edad	-	1	-	1	3,3%	-	-	-	0	0,0%	1	1,7%
Manifestaciones sexuales en gráficos	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Marcas en zona genital	-	-	-	0	0,0%	-	1	-	1	3,3%	1	1,7%
Manif. sexuales en el juego	-	-	1	1	3,3%	-	-	-	0	0,0%	1	1,7%
Miedo ante un adulto	-	1	2	3	10,0%	-	-	-	0	0,0%	3	5,0%
Pudor	2	1	2	5	16,7%	1	-	-	1	3,3%	6	10,0%
Evitación de contacto físico	1	-	1	2	6,7%	-	-	-	0	0,0%	2	3,3%
Indicadores comunes a otras problemáticas	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Negación a concurrir a la escuela / a un lugar frecuentado	-	-	2	2	6,7%	-	1	-	1	3,3%	3	5,0%
Regresión	1	-	2	3	10,0%	-	-	-	0	0,0%	3	5,0%
Autoagresión	-	-	-	0	0,0%	-	1	-	1	3,3%	1	1,7%
Cambios significativos en la escritura	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Depresión	-	-	-	0	0,0%	2	1	-	3	10,0%	3	5,0%
Irritabilidad	1	1	-	2	6,7%	-	-	-	0	0,0%	2	3,3%
Manif. verbales de conductas sexuales	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Trastornos del sueño	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Trastornos psicológicos	-	1	1	2	6,7%	1	-	-	1	3,3%	3	5,0%
Conflictos familiares	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Enfermedad de transmisión	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%

sexual												
Miedo a ir al baño	-	-	2	2	6,7%	-	-	-	0	0,0%	2	3,3%
Mutismo	1	-	-	1	3,3%	-	-	-	0	0,0%	1	1,7%
Pánico	-	-	-	0	0,0%	1	1	1	3	10,0%	3	5,0%
Sentimiento de culpa	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Trastornos del habla	-	-	-	0	0,0%	-	-	1	1	3,3%	1	1,7%
Cambios emocionales significativos	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Cefaleas	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Complicidad de los padres	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Impotencia	-	-	-	0	0,0%	2	-	-	2	6,7%	2	3,3%
Nivel de autoestima bajo	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Rastros del delito	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Reticencia a la revisión médica	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Retraso en el desarrollo	-	-	-	0	0,0%	1	-	-	1	3,3%	1	1,7%
Actitud evitativa ante clases sobre Sexualidad	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Antecedente de abuso en los padres	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Ausencia de uno de los padres en la consulta	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Dispersión	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Fugas del hogar	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Incapacidad de diferenciar entre Realidad y fantasía	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Infección urinaria	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Negación a retirarse de la escuela	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Rebeldía	-	-	-	0	0,0%	-	-	1	1	3,3%	1	1,7%
Reincidencia de consulta	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Reiteración de temas elegidos en sus redacciones	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
Resentimiento	-	-	-	0	0,0%	-	-	-	0	0,0%	0	0,0%
<i>No nombraron ningún indicador</i>	3	-	1	4	13,3%	-	3	1	4	13,3%	8	13,3%

Comparación De Los Indicadores Más Reconocidos Entre Las Distintas Áreas (ver cuadro nro. 4)

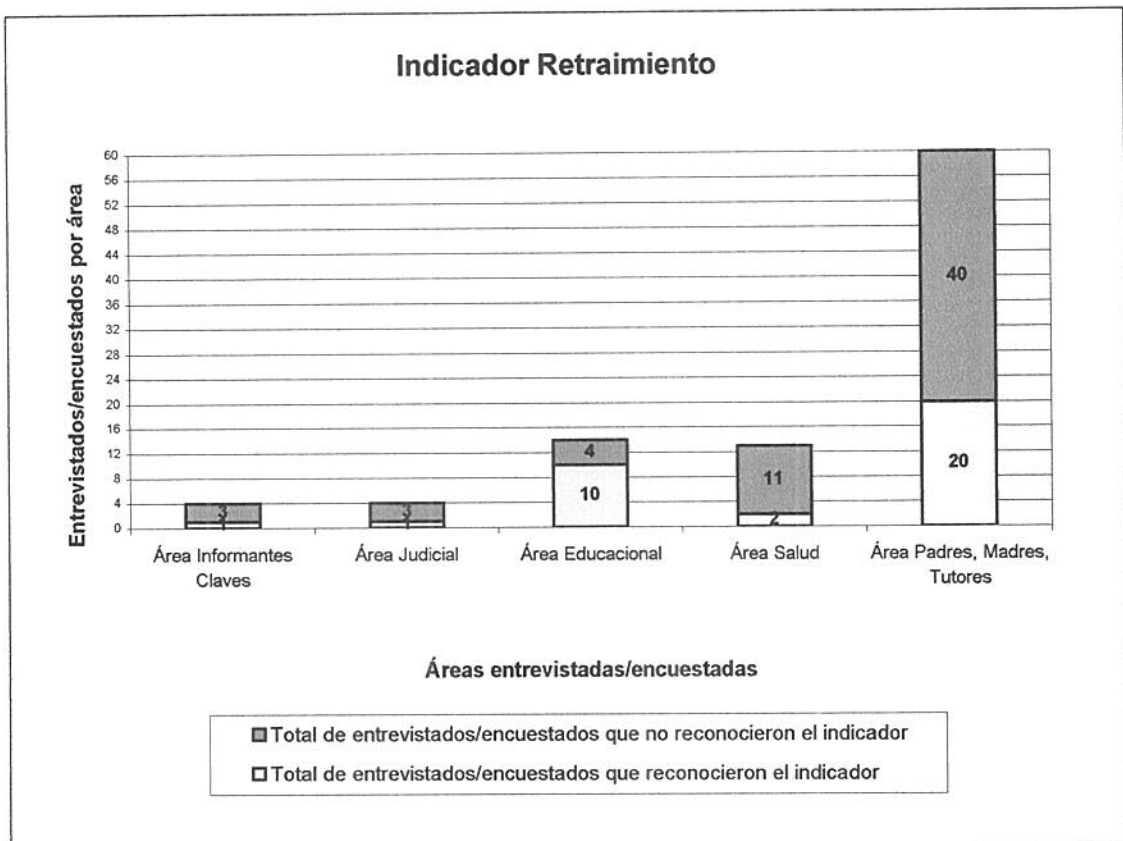
El indicador *cambios de conducta* fue el más reconocido en toda la investigación. De todas maneras fue nombrado sólo por 37 de los 95 entrevistados/encuestados, por lo tanto hubo un 61,1 % de ellos que no lo reconoció. A su vez este indicador fue reconocido en todas las áreas por más de la mitad de los entrevistados, excepto en el área padres, madres, tutores, en donde su reconocimiento fue inferior al 30% de los encuestados.

Gráfico número 1



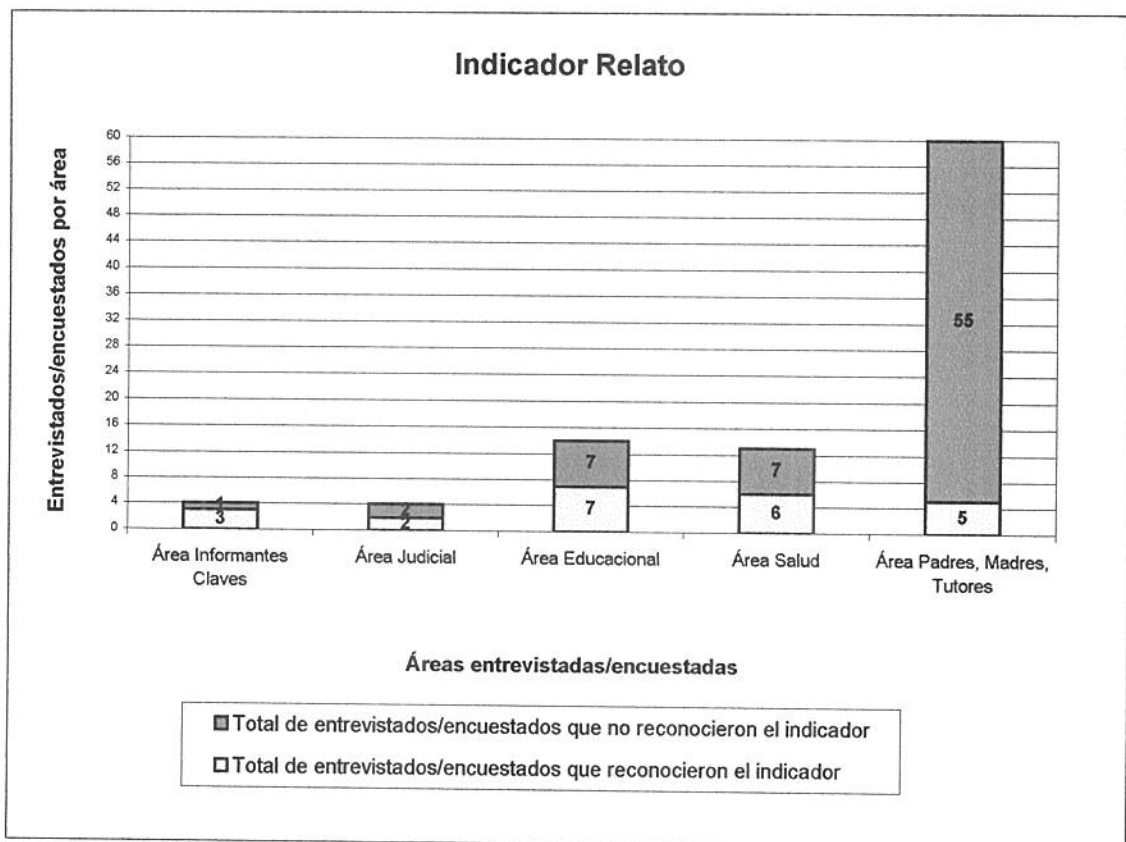
El indicador *retramiento* ha sido reconocido por sólo 34 entrevistados/ encuestados en la presente investigación, lo que significa que un 64,2 % que no reconoció el mencionado indicador. Así mismo fue el indicador más reconocido en las áreas padres, madres, tutores y educacional, de todas maneras en esta última el reconocimiento no llega a superar al 75 % del total de entrevistados; en el caso del área padres, madres, tutores no supera el 35 % de los encuestados. Esto quiere decir que aunque es el indicador más reconocido en ambas áreas, no lo es en un gran porcentaje. Mientras que fue el indicador, junto con otros, menos reconocido por las áreas informantes claves y judicial, y uno de los menos reconocidos del área salud.

Gráfico número 2



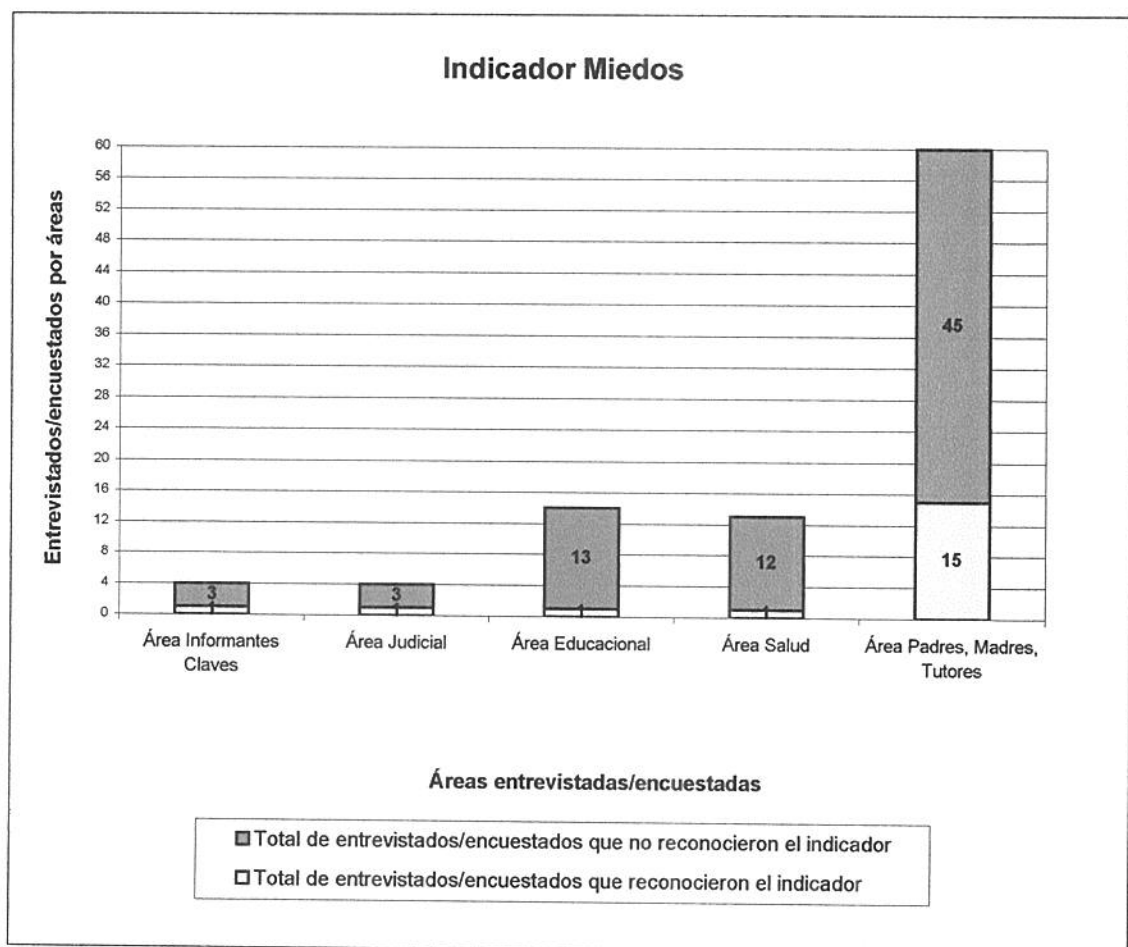
El indicador *relato* con respecto a la totalidad de los entrevistados/ encuestados (N = 95), fue reconocido por el 24,2 % de los mismos, es decir, por 23 personas. Esto quiere decir que hay un 75,8 % de entrevistados/ encuestados que no lo consideraron como un indicador de abuso sexual infantil. En todas las áreas, a excepción del área padres, madres, tutores, fue reconocido por más del 45 % de los entrevistados. En el caso de los padres encuestados hubo un 91,7 % que no lo nombraron. Así mismo en el área informantes claves fue junto con *enuresis* y *encopresis* el indicador más reconocido.

Gráfico número 3



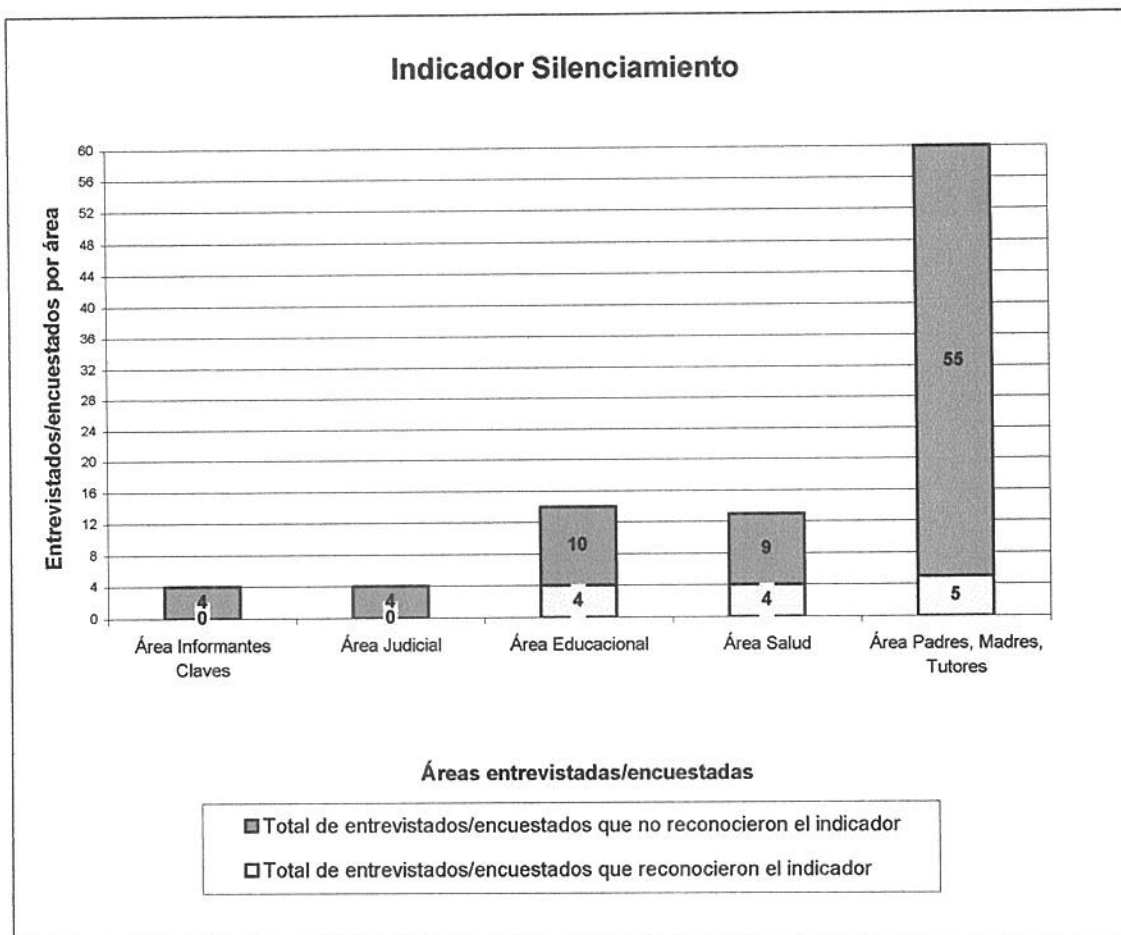
El indicador *miedos* fue considerado por 17 de los 95 entrevistados/encuestados como un indicador de abuso sexual, habiendo, entonces, un 80 % de los entrevistados/encuestados que no lo reconocieron como tal. Así mismo en el área padres, madres, tutores fue nombrado por un 25 % de los entrevistados, siendo por ello el segundo indicador más reconocido, igualmente este porcentaje es muy bajo. En el resto de las áreas se encuentra entre los indicadores con menor porcentaje de reconocimiento.

Gráfico número 4



El indicador *silenciamiento* a pesar de encontrarse entre los más nombrados dentro de la investigación, hubo un 86,3 % de los entrevistados/ encuestados que no lo reconoció. En las áreas informantes claves y judicial directamente no fue considerado como un indicador, mientras que en las áreas educacional y salud fue reconocido en cuarto lugar, por menos de la mitad de los entrevistados en cada una de ellas.

Gráfico número 5



Los indicadores *agresividad* y *tristeza* fueron reconocidos sólo por el 12,6% del total de entrevistados/encuestados (N = 95). En ambos casos su reconocimiento en todas las áreas no llega a superar el 30 %. Únicamente en el área informantes claves el indicador agresividad fue reconocido sólo por el 50 % de los entrevistados.

Gráfico número 6

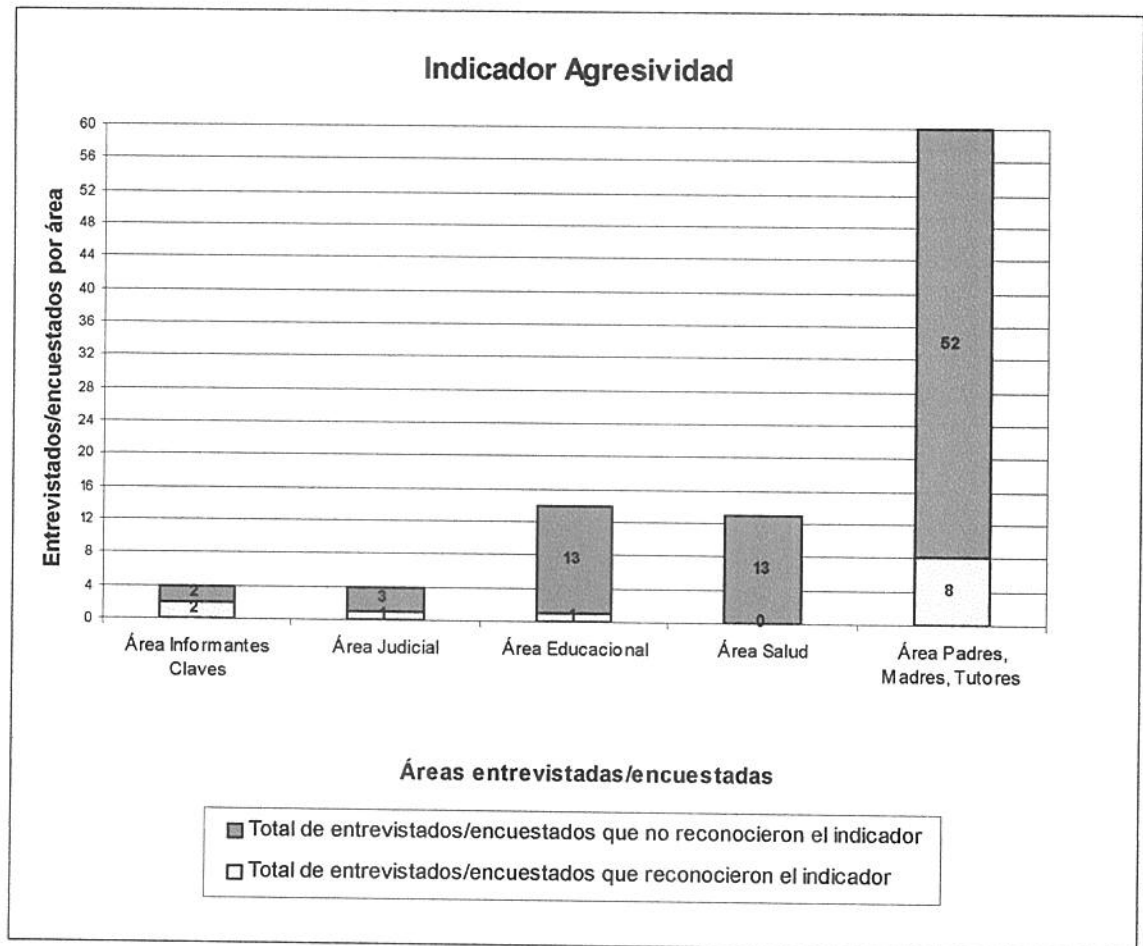
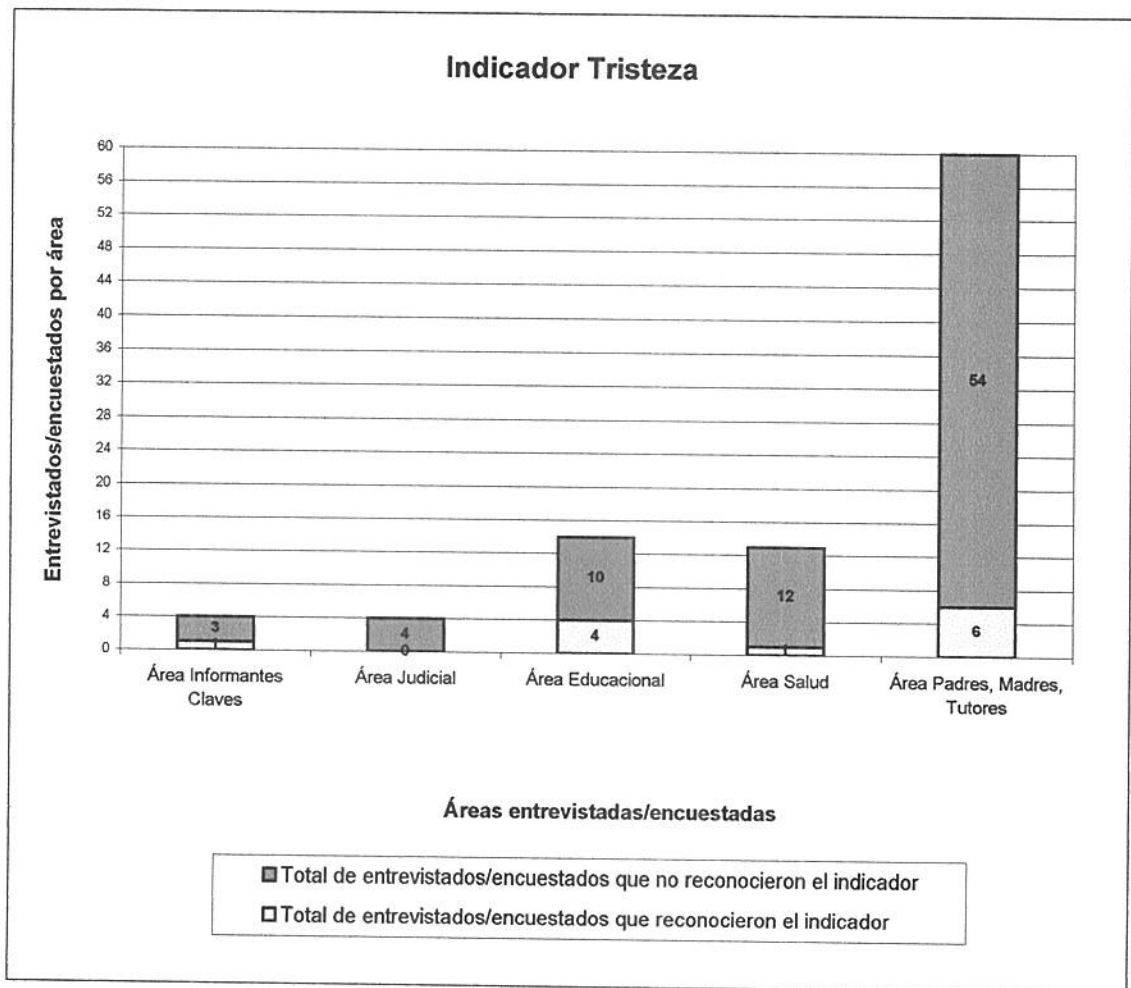


Grafico número 7



Los indicadores *marcas en el cuerpo* y *problemas de aprendizaje* fueron reconocidos por 11 del total de los entrevistados/encuestados (N = 95), lo que demuestra que un 88,4% de los mismo no los suponen como indicadores de abusos. En todas las áreas el reconocimiento de ambos indicadores no supera el 50 %. Así mismo en el área padres, madres, tutores el indicador *marcas en el cuerpo* directamente no fue reconocido.

Gráfico número 8

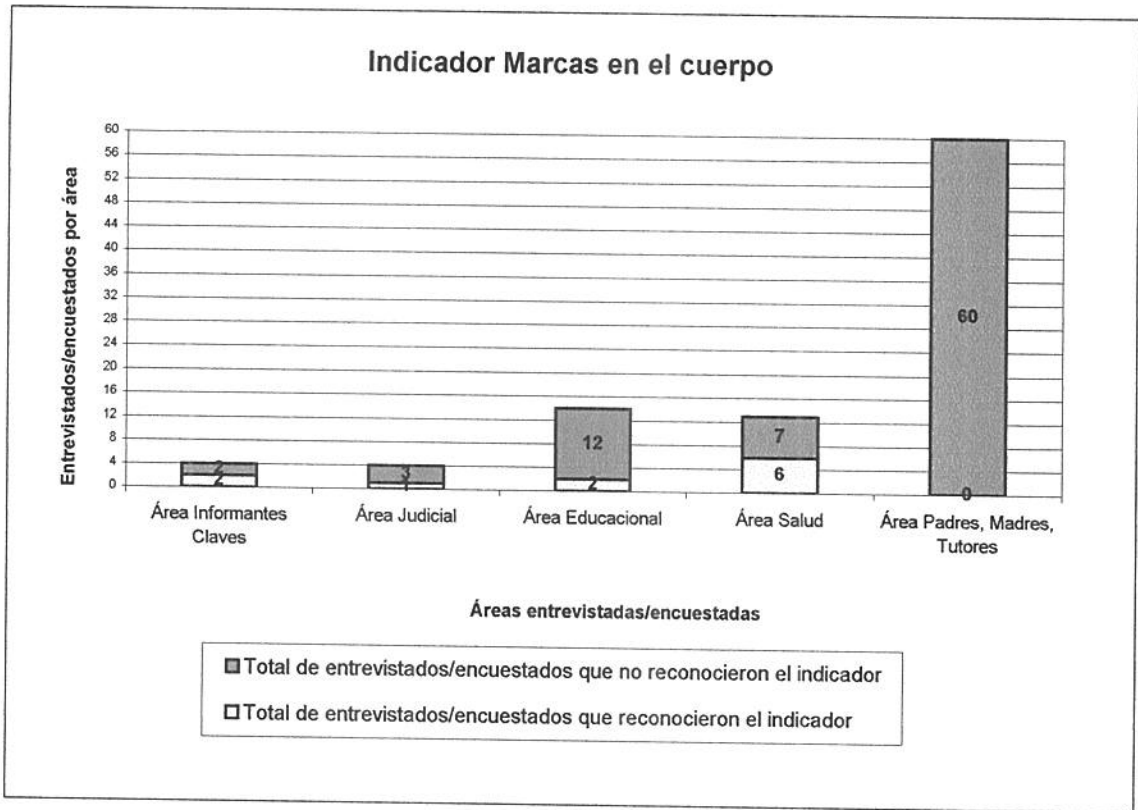
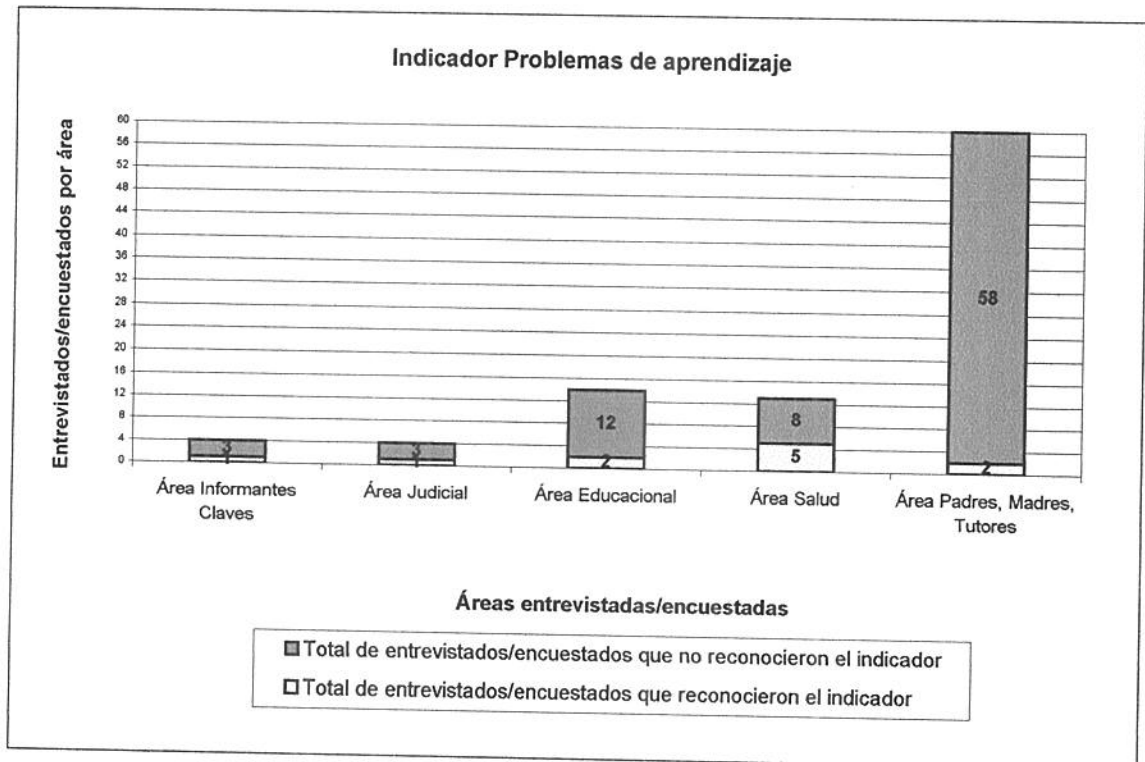


Gráfico número 9



Sólo 10 entrevistados/encuestados, el 10,5%, pensó a la *enuresis* y *encopresis* y a las *manifestaciones psicósomáticas* como signos del abuso sexual infantil. El indicador *enuresis* y *encopresis* fue el más reconocido dentro del área informantes claves, al igual que el indicador *relato*, por las tres cuartas partes de los entrevistados en el área. En el resto de las áreas entrevistadas/encuestadas el reconocimiento de ambos indicadores no supera el 25 %, salvo en el caso de los informantes claves y el área judicial en donde es del 50 %.

Gráfico número 10

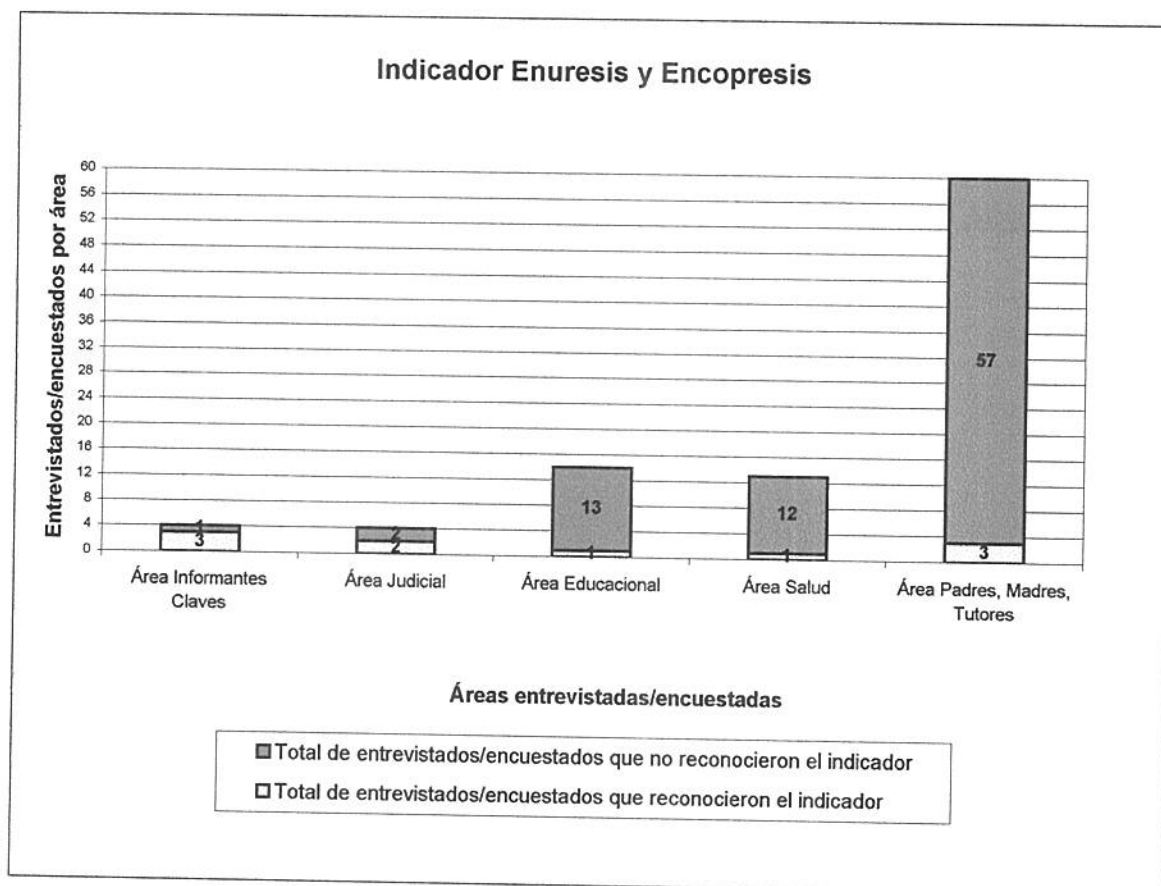
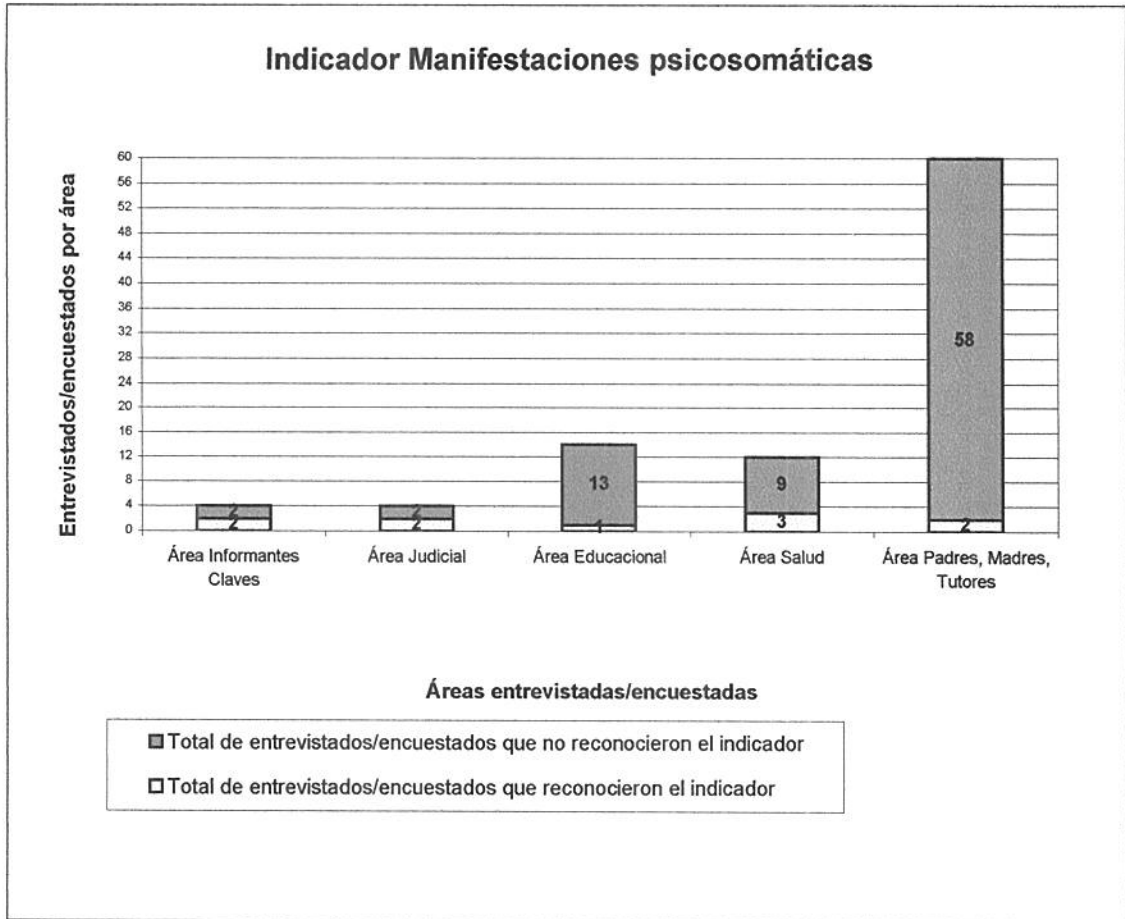
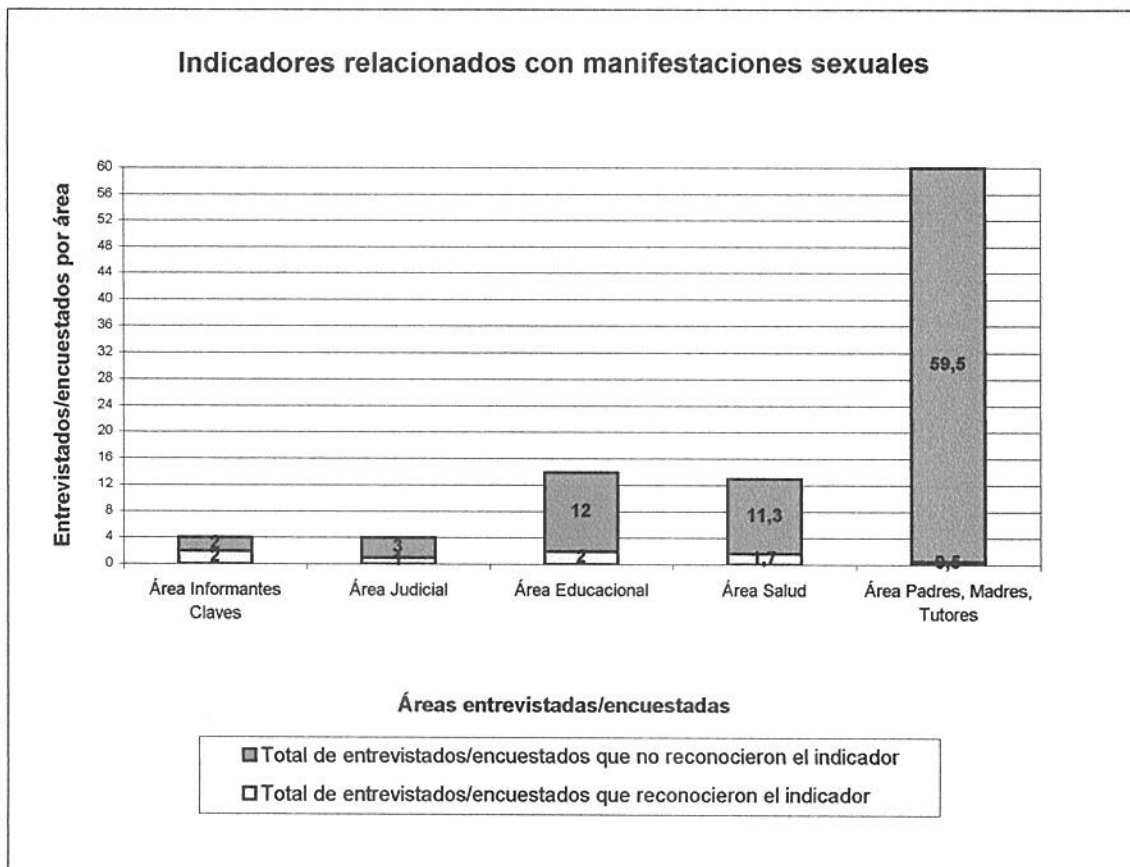


Gráfico número 11



El conjunto de indicadores relacionados con *manifestaciones sexuales*, tiene un promedio de reconocimiento del 7,6% del total de entrevistados/encuestados. En el caso de las áreas salud, educativa y judicial su reconocimiento no supera el 25 %, mientras que en el área informantes claves han sido reconocidos por el 50% de los entrevistados; y en el área padres, madres, tutores hubo un promedio del 99,5 % de encuestados que no los reconoció.

Gráfico número 12



Comparación De Los Indicadores Objetivos (I. Intebi) Con Los Indicadores Subjetivos (Entrevistados/Encuestados)

En la siguiente tabla se enunciarán los indicadores objetivos en comparación con los indicadores subjetivos. La finalidad de dicha comparación es evidenciar cuáles de los indicadores objetivos fueron o no reconocidos por los encuestados/entrevistados (indicadores subjetivos).

Cabe aclarar que en algunos casos los nombres de los *indicadores subjetivos* no son idénticos a los *indicadores objetivos* con los cuales se comparan, sin embargo se consideran que ambos se refieren a lo mismo, o poseen significados similares.

INDICADORES PSICOLÓGICOS ESPECÍFICOS		INDICADORES SUBJETIVOS (N = 95)
INDICADORES OBJETIVOS		
Actitudes de abierto sometimiento.		No se ha encontrado equivalente. -----
Conductas agresivas con tendencia a externalizar el conflicto.		Agresividad. 12 (12,6 %)
Comportamientoseudomadura o sobreadaptado.		No se ha encontrado equivalente. -----
- Indicios de actividades sexuales. - Juegos sexuales persistentes e inadecuados con niños de la misma edad, con juguetes o con sus propios cuerpos, o conductas sexualmente agresivas hacia los demás. - Comprensión detallada e inapropiada para la edad de comportamientos sexuales (sobre todo en niños pequeños). Permanencia prolongada en la escuela (llegar antes de hora y retirarse después), sin ausentismo.		Indicadores relacionados con manifestaciones sexuales: - Manifestaciones de conductas sexuales inadecuadas para la edad. - Manifestaciones sexuales en el juego. - Manifestaciones sexuales en gráficos. - Manifestaciones verbales de conductas sexuales. Negación a retirarse de la escuela. 7,25 (7,6%)
Mala relación con sus pares y dificultades para entablar amistades.		No se ha encontrado equivalente. -----
Desconfianza, en especial hacia figuras significativas.		Evitación de contacto físico. 6 (6,3 %)
Falta de participación en actividades escolares y sociales.		Actitud evitativa ante clases de sexualidad. 1 (1,1 %)
Dificultades para concentrarse en la escuela.		Dispersión. 1 (1,1 %)
Disminución brusca del rendimiento escolar.		- Problemas de aprendizaje. 11 (11,6 %) - Cambios significativos en la escritura. 4 (4,2 %)
- Temor exacerbado hacia los hombres (en los casos en que la víctima es una niña y el perpetrador, un hombre). Conductas seductoras con los hombres (en los casos en que la víctima es una niña y el perpetrador, un hombre). Fugas del hogar.		Miedo ante un adulto. 7 (7,4 %)
Trastorno del sueño.		No se ha encontrado equivalente. -----
Conductas regresivas.		Fugas de hogar. 1 (1,1 %)
Retraimiento.		Trastornos del sueño. 4 (4,2 %)
Depresión clínica.		Regresión. 5 (5,3 %)
Ideación suicida.		Retraimiento. 34 (35,8 %) - Tristeza. 12 (12,6 %) - Depresión. 4 (4,2 %) Autoagresión. 4 (4,2 %)

INDICADORES PSICOLÓGICOS INESPECÍFICOS*		INDICADORES SUBJETIVOS (N= 95)	
INDICADORES OBJETIVOS			
Temor.		Miedos.	19 (20,0 %)
Horror intenso.		Pánico.	3 (3,2 %)
Comportamientos destructivos o agitados en los niños.		Agresividad.	12 (12,6 %)
Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.		- Negación a concurrir a la escuela.	6 (6,3 %)
		- Miedo a ir al baño.	3 (3,2 %)
		- Reticencia a la revisión médica.	2 (2,1 %)
Sensación de un futuro desolador.		Depresión.	4 (4,2 %)
Restricción de la vida afectiva.		Cambios emocionales significativos.	2 (2,1 %)
- Sueños de carácter recurrente que producen malestar.		Trastornos del sueño.	4 (4,2 %)
- Dificultades para mantener o conciliar el sueño.		Reiteración de temas elegidos en sus redacciones.	1 (1,1 %)
Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos, percepciones.		- Negación a concurrir a la escuela.	6 (6,3 %)
Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.		- Actitud evitativa sobre clases de sexualidad.	1 (1,1 %)
Irritabilidad o ataques de ira.		- Irritabilidad.	4 (4,2 %)
Sentimiento de culpabilidad.		- Sentimiento de culpa.	3 (3,2 %)
Cualquiera de los indicadores anteriores.		Indicadores comunes a otras problemáticas**.	6 (6,3 %)

* I. Intebi propone los indicadores descriptos en el DSM-IV para el cuadro trastorno por estrés post-traumático sin detallarlos. Para los fines de la comparación entre los indicadores subjetivos y objetivos, se especificó cada uno de ellos.

** Este indicador se ubica como inespecífico ya que todos los indicadores propios del estrés post-traumático pueden o no deberse a un abuso sexual infantil.

INDICADORES FÍSICOS ESPECÍFICOS	
INDICADORES OBJETIVOS	INDICADORES SUBJETIVOS (N = 95)
- Lesiones en zonas genital y / o anal. - Sangrado por vagina y / o ano.	Marcas en zona genital. 9 (9,5 %)
Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, S.I.D.A. no preexistente al momento del nacimiento, condilomas acuminados, conocidos como verrugas genitales, herpes genital, flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales en flora normal de los niños).	- Enfermedad de transmisión sexual. 3 (3,2 %)
Embarazos.	- Infección urinaria. 1 (1,1 %)
Cualquiera de los indicadores anteriores junto con hematomas o excoriaciones en el resto del cuerpo, como consecuencia de maltrato físico asociado.	No se ha encontrado equivalente. ----- 11 (11,6 %)

INDICADORES FÍSICOS INESPECÍFICOS	
INDICADORES OBJETIVOS	INDICADORES SUBJETIVOS
Ciertos trastornos psicósomáticos como los dolores abdominales recurrentes y los dolores de cabeza sin causa orgánica.	- Manifestaciones psicósomáticas. 10 (10,5 %) - Cefaleas. 2 (2,1 %) - Trastornos del habla. 3 (3,2 %)
Trastornos de la alimentación, bulimia y anorexia nerviosa.	Manifestaciones psicósomáticas. 10 (10,5 %)
- Fenómenos regresivos como la enuresis (emisión involuntaria e inconsciente de orina, generalmente nocturna) y encopresis (incontinencia de materia fecal) en niños que ya habían logrado el control esfinteriano.	Encopresis y Enuresis. 10 (10,5 %)

INDICADORES ALTAMENTE ESPECÍFICOS (a cualquier edad)	
<i>Indicadores Físicos</i>	
INDICADORES OBJETIVOS	INDICADORES SUBJETIVOS (N = 95)
- Lesiones en zonas genital y / o anal. - Sangrado por vagina y / o ano.	Marcas en zona genital.
Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis, blenorragia, S.I.D.A. no preexistente al momento del nacimiento, condilomas acuminados, conocidos como verrugas genitales, herpes genital, flujo vaginal infeccioso con presencia de gérmenes no habituales en flora normal de los niños).	- Infección urinaria.
Embarazos.	- Enfermedad de transmisión sexual.
Cualquiera de los indicadores anteriores junto con hematomas o excoriaciones en el resto del cuerpo, como consecuencia de maltrato físico asociado.	No se ha encontrado equivalente.
Relato de la víctima.	Marcas en el cuerpo.
	<i>Indicadores Psicológicos</i>
	Relato.
	23 (24,2 %)

Hubo indicadores que fueron reconocidos por los encuestados / entrevistados que no se hallan en el listado que propone la autora de referencia. Los mismos se enuncian a continuación:

- Cambios de conducta;
- Silenciamiento;
- Pudor;
- Conflictos familiares;
- Mutismo;
- Complicidad de los padres;
- Impotencia;
- Nivel de autoestima bajo;
- Rastros del delito;
- Retraso en el desarrollo;
- Antecedente de abuso en los padres;
- Ausencia de uno de los padres en la consulta;
- Incapacidad de diferenciar entre realidad y fantasía;
- Reincidencia de consulta;
- Resentimiento;

*Indicadores Subjetivos No Encontrados En El Listado De Indicadores
Objetivos.*

A continuación analizaremos los indicadores que han sido mencionados por los encuestados/entrevistados y de los que no hemos encontrado un indicador paralelo en el listado ofrecido por la doctora I. Intebi.

Cambios de conducta. Silenciamiento: estos indicadores, más allá de no haberlos encontrados entre los *indicadores objetivos*, han sido los más reconocidos de acuerdo a los datos obtenidos en la investigación. Por tal motivo ya han sido analizados anteriormente.

Conflictos familiares, antecedente de abuso en los padres, complicidad de los padres: el motivo de su aparición podría estar relacionado con el conocimiento de determinados aspectos que son factibles de encontrar al analizar el contexto familiar en el que se da el abuso, siendo los mismos factores de riesgo más que indicadores a observar directamente en el niño.

Pudor, mutismo, impotencia, nivel de autoestima bajo, retraso en el desarrollo, incapacidad de diferenciar entre realidad y fantasía, resentimiento. Consideramos que estos indicadores pueden ser posibles reacciones de niños que han sido abusados. El hecho de que no se hallen entre los *indicadores objetivos* puede estar relacionado con que se trate de características que, en algunos casos, pueden ser englobadas dentro de

indicadores más generales, y en otros quizá respondan a la experiencia del entrevistado frente a alguna situación de abuso particular.

Rastros del delito: fue nombrado por la fiscal entrevistada, y por el médico ginecólogo infanto juvenil encargado de la realización de los peritajes para los tribunales de menores en los casos de abusos sexuales y violaciones. Está relacionado con la búsqueda del responsable del supuesto abuso sexual, en algunos casos se trata de pruebas de ADN, o de huellas que pueda haber dejado el abusador. Nos resulta extraño que considerándose como un *rastro del delito*, por ejemplo, la presencia de semen en la ropa interior de un niño, el mismo no haya sido descrito entre los *indicadores objetivos*.

Ausencia de uno de los padres en la consulta, reincidencia de consulta: estos indicadores tienen en común el haber sido reconocidos por médicos pediatras. Los consideramos de suma importancia dado el papel que cumplen estos profesionales en el desarrollo del niño, pero de todas maneras no han arrojado un alto grado de reconocimiento. Posiblemente la razón por la que no se encuentran presentes entre los indicadores objetivos sea que para esta investigación hemos entrevistado a profesionales de áreas específicas, por lo que es esperable que algunas de las respuestas respondan a dichas áreas.

CAPITULO V

Discusión

Indicador Cambios De Conducta

Tal como se desprende del análisis cuali-cuantitativo ha sido el indicador más reconocido entre todas las áreas, con una distribución equilibrada, incluso entre los sectores públicos y privados. A pesar de esto sólo lo reconoció el 40 % aproximadamente. A raíz de ésto nos surgen distintos cuestionamientos: ¿cuál es la razón de tal resultado?, ¿por qué, si en la presente investigación es el indicador más reconocido, no es mencionado en la lista que propone la Dra. I. Intebi con la que se compararon los datos?.

Para responder estos cuestionamientos, primero nos es necesario tratar de comprender cuál es el significado que algunos de los encuestados/entrevistados en las diferentes áreas le han dado a dicho indicador.

La Lic. en psicología, Informante Clave Nro. III, refiere:

. . . . de acuerdo a la edad del niño, las conductas del niño ... acá lo fundamental es escuchar al niño, no solamente escuchar desde la palabra, desde el juego de acuerdo a la edad ... desde lo que expresa gráficamente, eh... la conducta también del chico

En el Tribunal de Menores Nro. III, la psicóloga se refirió a los cambios de conducta como: *"... si ha habido cambios de conducta en el chico, eso es*

un dato muy importante, si ha tenido ... por ejemplo ha habido alguna regresión, si presenta enuresis, si presenta trastornos del sueño, si presenta trastornos en la alimentación.”

En el caso de los padres, madres, tutores, tres de los encuestados mencionaron al indicador como:

“... conductas no habituales.” (madre, encuestada en la Institución Nro. I, ingeniera de 44 años de edad);

“...diferencias en el comportamiento habitual” (padre, encuestado en la Institución Nro. II, docente de 43 años de edad);

“... cosas que cambian, conducta, carácter.” (padre, encuestado en la Institución Nro. III, sonidista de 35 años de edad).

En el área de salud, la psiquiatra de la Institución Nro. III al hablar sobre la detección del abuso sexual, manifestó:

... no es fácil detectarlo ... está muy pegado en relación a cambios de conducta intempestivos en los chicos que se producen abruptamente, disminución en el rendimiento escolar, reiteradas enfermedades somáticas, que no tienen ... sustrato orgánico, chicos que se enferman mucho, chicos que tienen trastornos del sueño, trastornos de la conducta, y que no se explica por el contexto, ¿no es cierto?, es una de las cosas que hay que pensar cuando uno encuentra una relación entre lo que está observando y el contexto familiar, social en que está el chico.

En la Institución Educativa Nro. VI, de nivel inicial, la docente entrevistada explicó:

. . . . avisamos a la asistente social del cambio de conducta de ese niño, que generalmente es de retraimiento, de tristeza, de silencio, de mucha culpa, de llanto, de crisis este, al llegar a la institución de no querer quedarse. De temor cuando ven algún adulto que no conoce.

De acuerdo a las citas mencionadas, una posible respuesta a las preguntas planteadas es que en el caso de los profesionales como la informante clave y la entrevistada del tribunal, el indicador *cambios de conducta* es dado como un indicador global, que incluye a otros indicadores que han mencionado. Del mismo modo, se puede pensar que la Dra. Intebi, quien no menciona al indicador, posiblemente lo considere abarcativo del resto de indicadores que menciona en su listado, pudiendo manifestarse el *cambio de conducta* por la presencia de cualquiera de los indicadores psicológicos especificados.

En el caso de las respuestas ofrecidas por los padres, madres, tutores, podemos pensar, de acuerdo a las mismas, que el indicador *cambios de conducta* cumpliría en ellos la función de alerta al percibir algún tipo de cambio en sus hijos. De esta forma, ante la pregunta sobre el reconocimiento del abuso sexual infantil es esperable que personas que no se dedican a la problemática presenten a dicho indicador en sus respuestas, lo que puede ser observado en el modo en que dan las mismas, ya que al decir *cambios de conducta* refieren cambios de actitud y cambios en el

comportamiento habitual sin manifestar en sus dichos cambios específicos, como los que han podido describir los profesionales de otras áreas.

Las cifras que se han obtenido respecto del mencionado indicador en la presente investigación deben ser interpretadas con cuidado, ya que es el indicador más reconocido por los entrevistados/encuestados, pero el grado de coincidencia ente los mismos en las distintas áreas *nunca llega al 100%*. También es importante remarcar que aunque es el indicador más reconocido el 61,1 % del total de entrevistados (N = 95) no lo mencionó. ¿Esto indica una bajo nivel de conocimiento sobre la problemática?. Así mismo, si bien fue el indicador más nombrado, consideramos que esto no demostraría que las personas que lo han mencionado posean la capacidad de detectar una situación de abuso sexual infantil, ya que creemos que posiblemente por tratarse de un indicador inespecífico de la problemática desde el sentido común se piense que ante un hecho en el que una persona resulte víctima de un trauma, como el que supone una experiencia abusiva, manifieste algún cambio, lo que no indica que evidencien cuáles son los cambios posibles.

Indicador Retraimiento

Previo a realizar cualquier comentario respecto de dicho indicador creemos pertinente recordar que cuando en esta investigación hacemos referencia al indicador *retraimiento*, se incluyen dentro del mismo respuestas dadas por los entrevistados como: *falta de comunicación, se mete para*

adentro, callado, introversión, se encierran, no sale, timidez, reservado, se aísla.

De la lectura del análisis cuali-cuantitativo no encontramos una diferencia significativa respecto del indicador *cambios de conducta* que ha sido el más reconocido.

Aquí también cabe preguntarse sobre el motivo de que este indicador haya obtenido porcentajes tan bajos a pesar de haber sido uno de los más nombrados. A diferencia del indicador *cambios de conducta*, *retramiento* se encuentra entre los indicadores ofrecidos por Intebi, con los que comparamos los datos obtenidos en la presente investigación. La autora hace referencia a dicho indicador de la siguiente manera: *"... a medida que se instalan intensos sentimientos de culpa y de vergüenza, las víctimas tienden a aislarse y a evitar los juegos con sus compañeros y el contacto con el resto de los adultos."* (Intebi, 1998, p. 160)

En cuanto al reconocimiento del indicador podemos observar que ha sido mencionado en todas las áreas, destacando que ha sido el indicador más reconocido por los entrevistados de las áreas educacional y padres, madres, tutores. De todas formas en esta última, el reconocimiento no deja de ser bajo.

La entrevistada nro. II de la Institución educativa Nro. IV se refería al indicador de la siguiente manera: *"Se... discrimina, se aísla ... totalmente, se aísla, no habla."*

Probablemente este indicador haya sido el más reconocido dentro de este área dado que es esperable que un cambio tan abrupto como lo es el *retraimiento*, sea percibido por quienes se hallan en el contexto inmediato del niño. Podríamos pensar que los docentes en las escuelas al observar las conductas de sus alumnos dentro de su grupo, pueden percibir los cambios o diferencias significativas en sus patrones de conductas, con lo que aspectos tales como aislamientos, encierro, falta de relación con compañeros son muy evidentes y pueden llamar la atención de las mismas como para pensar en que algo está sucediéndole a ese niño.

Los padres se han referido al *retraimiento* como:

“Se ponen más tímidos, retraídos, se encierran.” (madres encuestada en la Institución Nro. IV, empleada doméstica, 38 años de edad).

“Estaría mal, se encierra en sí misma, le costaría hablar.” (madre encuestada en la institución nro. VI, ama de casa, 36 años de edad).

Si bien en este área es el indicador más nombrado, su reconocimiento no deja de ser bajo. Esto lleva a reflexionar que del total de padres encuestados muy pocos asociarían el *retraimiento* a un abuso sexual infantil, ya que de acuerdo a las citas, observamos en sus respuestas cómo se resalta el *retraimiento* como un efecto directo de la situación traumática, destacando un antes y un después del hecho.

Teniendo en cuenta que el *retraimiento* se encuentra entre los indicadores específicos con los que comparamos los *indicadores subjetivos* obtenidos en esta investigación, que un 64,7 % de los padres, madres, tutores no lo hayan mencionado, nos hace pensar en la existencia de un

bajo nivel de conocimiento acerca de la problemática, lo que probablemente dificultaría la detección precoz.

Podemos hacer una comparación en el área salud en donde los entrevistados del sector privado nombraron el indicador, mientras que los del sector público no. Se presenta una cuestión paradójica ya que en el sector público que es el que más demanda atiende, se encuentra ausente el indicador. En relación a ello podemos pensar como posible respuesta que quizá precisamente por la demanda que deben atender no puedan llegar a percibir ciertos aspectos que no se encuentran relacionados directamente a lo físico o sintomático.

Haciendo referencia a esta cuestión la pediatra entrevistada de la Institución de salud Nro. V expresó:

Edo.: ... lo que es real es que hay un subregistro, un subdiagnóstico ... que no están diagnosticados.

Edor.: ¿Por qué crees que no se llega a sospechar?...

Edo.: ... los médicos en parte por ... no es que haya falta de predisposición, sino que es tanta la demanda de consulta, que ... el tratamiento es muy sintomático, digamos uno ve poco para la parte emocional porque no alcanza, porque si uno tiene que ver entre quince y dieciocho y veinte pacientes por día y uno está seis horas, restemos el tiempo que le queda a cada paciente y uno se ocupa de los aspectos orgánicos, esa es la realidad.

En el caso del sector privado de salud, el reconocimiento del indicador podemos asociarlo a una relación más estrecha entre el pediatra y la familia de los niños en el caso de dichas instituciones, tal como lo ha manifestado el pediatra entrevistado nro. IV de la Institución privada de salud Nro. II : “... *En el consultorio vos tenés más tiempo para pensar en el paciente, hablar con la familia y demás y pueden surgir cosas ...*”

Indicador Relato

... el principal indicador del abuso sexual es el relato que hace la niña o el niño victimizados uno de los indicadores más específicos de abuso sexual es la descripción que aporta la misma víctima acerca de lo que le sucedió. (Intebi, 1998; pp. 176 y 223)

De este modo la Dra. Intebi lo considera como un indicador altamente específico dentro de los indicadores psicológicos.

La credibilidad que se da al mencionado indicador es lo que determinará su importancia, por lo que podríamos pensar que quienes lo mencionan como indicador estarían dando un estatuto de verdad al decir de un niño sobre una experiencia de semejante magnitud, esto es claro en el decir del pediatra entrevistado nro. I de la institución nro. I quien refiere: “... *es increíble, el niño no miente*”. Igualmente no siempre es así, ya que de acuerdo a los datos de los entrevistados del área judicial, por ejemplo podemos suponer que ante el relato de un caso de abuso por un niño, el



50% de los profesionales le creerían mientras que el 50 % restante no, ¿cómo se llegaría entonces a un diagnóstico?.

En los entrevistados del área educacional también observamos una diferencia en el criterio utilizado frente al indicador que aquí se analiza. Esto es visible en dos de las entrevistas realizadas a docentes, en donde notamos una oposición frente a la credibilidad asignada al *relato* del niño. A continuación se transcriben fragmentos de dichas entrevistas en las que se refleja tal contradicción:

. . . . nosotras también nos tenemos que cuidar de todo eso, porque hoy en día no sabés, más yo me estoy dando cuenta que los nenes de cuatro son re-fantásticos te pueden llegar a inventar cualquier cosa y bueno eh, eso también es muy difícil. (docente entrevistada en la Institución Nro.V)

. . . . fantasías sobre este tema no se pueden tener, porque es un tema que los chicos desconocen.(docente entrevistada en la Institución Nro. VI).

Más allá de esta oposición de criterios en el área educacional, este indicador fue reconocido por la mitad de los entrevistados. Esto nos permite pensar que los docentes que lo reconocieron brindarían a un niño que relata un hecho abusivo un espacio de confianza y credibilidad. Por ejemplo en los casos de incesto, en donde probablemente el niño no puede recurrir a alguien de su contexto familiar, sí lo haga en el espacio escolar.

Los padres, madres, tutores, de acuerdo a los datos obtenidos no han reconocido en el *relato* un indicador significativo para la detección del abuso sexual infantil. Esta realidad puede ser analizada desde dos puntos de vista, que responden a los que han nombrado el indicador y aquellos que no lo han hecho. Los que lo han nombrado lo hicieron de la siguiente forma:

“viene y me lo cuenta, porque se habla en casa.” (madre encuestada en la Institución Nro. I, farmacéutica, 35 años de edad);

“me lo vendría a decir, está informado.” (madre encuestada en la Institución Nro. II, artista plástica, 50 años de edad);

“te habla, te pregunta.” (madre encuestada en la Institución Nro. VI, plan jefes, 31 años de edad);

“si son chiquitos te lo dicen.” (madre encuestada en la Institución Nro. II, ama de casa, 43 años de edad).

De las respuestas anteriores podemos pensar que los encuestados que reconocen al *relato* como un indicador, dado el caso de encontrarse frente a una situación de abuso le creerían al niño. Este supuesto se ve reflejado en la forma en que respondieron ante la pregunta realizada en la misma encuesta acerca de cómo procederían ante la sospecha de existencia de un posible caso de abuso:

“trato de probarlo, y que la ley se haga cargo, no me callaría”;

“iría a la justicia, pero la verdad no sé que haría”;

“primero indago, pregunto, hago la denuncia, lo llevo al médico, dentro de mis posibilidades hago todo”;

“hago la denuncia”.

Con respecto a aquellos que no nombraron al indicador en cuestión, que es un alto porcentaje de encuestados, pensamos posibles razones acerca de la causa de dicha ausencia, por ejemplo que no se reconoció por una cuestión de desconocimiento, es decir no están informados acerca de la existencia de la posibilidad de que un niño abusado pueda relatar el hecho.

Otra razón podría ser que crean que ante un abuso los niños no se lo dirían por alguna causa específica, por ejemplo, miedo. Sin embargo, según los datos recogidos, si esto fuera así el indicador *silenciamiento* en este área tendría que ser altamente reconocido, y no lo es. Con esto queremos decir que aquellos que creen que los niños no se lo dirían por alguna causa, no lo reflejan en sus respuestas. De todas formas no debemos olvidar que en los casos de abuso intra-familiar es esperable que el niño no relate a un familiar la existencia de una situación abusiva. Por tal motivo consideramos la necesidad de dejar abierta la posibilidad de que ésta sea la causa por la que alguno de los encuestados no haya nombrado al *relato*. Igualmente, de haber sido de esta forma, ninguno de los padres, madres, tutores lo especificó.

A partir de las citas anteriores podemos percibir como de acuerdo al estatuto que le da el adulto al relato del niño, el mismo puede ser considerado un indicador o una simple “fantasía”.

No nos resulta llamativo que este indicador haya sido reconocido por gran parte de los informantes claves, ya que a dichos entrevistados los

consideramos claves por poseer una capacitación específica en la temática, habiéndose encontrado además frente a relatos de abuso sexual infantil de niños que le manifestaron lo sucedido. La informante clave nro. III comenta:

. . . . lograda la buena transferencia el niño expresa libremente lo que le pasa, lo que es fundamental es lograr la contención y el respeto hacia el chico, entonces el niño siente que puede ser escuchado, que ésto que era prohibido, que no podía romper el secreto, de alguna manera hay alguien donde lo van a ayudar.

Este indicador es tenido en cuenta por una parte considerable de los entrevistados en el área de salud. Resulta llamativo que de aquellos que reconocen el indicador, la mayoría son pediatras del sector privado quienes, paradójicamente, refirieron no haberse encontrado frente a casos dentro de las instituciones privadas. Además manifestaron que es más probable que se detecten situaciones de abuso sexual infantil en el sector público, en el cual, de todos los entrevistados, sólo uno nombró a *relato* como indicador. La contradicción que encontramos a partir de lo mencionado es que en las instituciones en donde menos se detecta, es en donde más se nombra al indicador.

Indicador Miedos

El presente indicador ha sido encontrado en todas las áreas en un bajo porcentaje. Algunos de los padres, madres, tutores se refirieron al indicador de la siguiente manera:

“introversión, miedos...” (madres encuestada en la Institución Nro. I, ingeniera, 44 años de edad);

“retraído, miedoso, no sale” (padre encuestado en la Institución Nro. II, docente, 54 años de edad);

“temor, oculta cosas, tristeza, generalmente lo ocultan por amenaza” (padre encuestado en la Institución Nro. III, árbitro, 38 años de edad);

“miedo a todo, generalmente se callan por el miedo, deben desconfiar” (madre encuestada en la Institución Nro. IV, ama de casa, 36 años de edad).

Indicadores asociados a *miedos*, como *miedo ante un adulto, miedo a ir al baño y pánico*, si bien no son significativos dado su bajo reconocimiento podrían sumarse al indicador que aquí se analiza en una forma general ya que especifican distintos tipos del mismo.

Respecto a los padres encuestados creemos que el indicador *miedos*, tal como lo señalamos en el caso de los indicadores cambios de conducta y retraimiento, podría ser considerado un signo de alerta ante el cual los padres, madres, tutores empezarán a pensar en que algo le está sucediendo al niño.

Consideramos que la detección del *miedo* en los niños es esperable que se de en el hogar o en la escuela, ya que es en estos lugares en donde se encuentran figuras significativas para ellos y por ser, tanto docentes como padres, personas que están en contacto permanente con los niños. Sin embargo se observa que un 75 % de los entrevistados en el área padres y un 92,9 % en el área educacional no lo ha reconocido.

De acuerdo a lo anterior podríamos pensar que los entrevistados que pertenecen a las instituciones educativas muy raramente perciben los *miedos* de los niños. Del mismo modo un gran porcentaje de padres no asociarían los miedos a situaciones de abuso sexual infantil. Esto se puede deber principalmente a dos motivos: o no poseen el conocimiento necesario como para poder advertir en los *miedos* un signo de alerta, o por el contrario, los entrevistados de dichas áreas no consideran que el *miedo* sea un indicador de abuso.

Cabe destacar que en el área educacional, el sector privado no lo ha reconocido como indicador, aunque se encontraron presentes indicadores como *evitación de contacto físico* y *retraimiento*. Quizá quienes han mencionado estos indicadores, consideren al *miedo* como la causa que lleva a los niños a actuar de ese modo, y por esta razón no lo hayan especificado. También es llamativo que en este sector del área educativa, no se halla aludido a ningún tipo de *miedo*, ni *miedo a ir al baño*, ni *miedo ante un adulto*. En el sector público estos últimos indicadores son reconocidos, aunque sólo por un entrevistado. En relación al *miedo a ir al baño* una docente comenta:

... . No le gusta ir al baño solo, va acompañado, las nenas de acá van casi todas acompañadas al baño y eso no es un indicio pero van todas acompañadas por ... y está bien, yo las dejo ir de a dos ...
(docente de sexto año de la Institución Nro. IV)

En el caso citado la docente entrevistada percibe al *miedo a ir al baño* como un indicador posible de ser encontrado en un niño abusado. Sin embargo, otra docente de la misma institución considera al hecho de concurrir al baño desde un lugar diferente, de modo preventivo:

... . Me parece que esto si vos a un chiquito se lo decís ... yo los mando de a dos al baño por ejemplo, uno me cuida, ¿de qué me cuida?, y porque yo en el baño me tengo que bajar la bombacha, en el baño estoy desnuda, y como el cuerpo es mío, yo me lo tengo que cuidar (docente de primer año de la Institución Nro. IV)

Podemos observar como desde el discurso de estas docentes el baño sería un lugar riesgo tanto para quien ha sido abusado como para quien no lo fue. Queda entonces, planteado el interrogante de por qué a la concurrencia al baño se le adjudica una connotación semejante.

Indicador Silenciamiento

El indicador *silenciamiento* alude al secreto que mantiene el niño, en muchos casos, ante la vivencia de una situación abusiva.

El mismo no se encuentra detallado en la lista de indicadores que propone I. Intebi, no obstante podemos pensar que la autora se estaría refiriendo al *silenciamiento*, cuando habla del secreto que envuelve al abuso sexual infantil, estrategia utilizada por el abusador.

Desde el punto de vista de la detección creemos que el *silenciamiento* del niño abusado, por la esencia propia del mismo, no sería un indicio fácil de advertir, teniendo en cuenta también que lo opuesto al *relato*, ya que implicaría que el niño oculte la situación que estaría viviendo.

En algunas de las áreas entrevistadas/encuestadas podemos percibir ciertas contradicciones, ya que hay personas que se refieren al mismo tiempo al *relato* como al *silenciamiento* como posibles indicadores de abuso sexual. Es entendible que esto suceda ya que si la acción del abusador es eficaz, el *silenciamiento* va a tener lugar.

Teniendo en cuenta lo expresado cabe preguntarse si el *silenciamiento*, tal como aquí lo entendemos, sería un indicador posible de ser detectado directamente en el niño. Este cuestionamiento surge a raíz de la existencia de dudas acerca de que una persona pueda detectar el silencio o el ocultamiento del abuso sexual infantil. Una posible respuesta sería que quienes dieron el indicador encontrarían la posibilidad de acceder al secreto del niño desde una exploración de la red familiar del mismo. Desde esta suposición y en base a todas las áreas entrevistadas, es posible que principalmente sea en las escuelas, a través de los equipos de orientación educacional, y en cada uno de los tribunales de menores, desde sus equipos técnicos, que son quienes tienen una aproximación al contexto familiar de

estos niños, que sean quienes mayormente reconozcan al *silenciamiento* como indicador de la problemática trabajada.

De acuerdo a los datos obtenidos en el área educacional, el indicador *silenciamiento* sólo fue reconocido por más de la mitad de los entrevistados dentro del sector público. Uno de los entrevistados alude al mismo de la siguiente manera:

. . . . *Por lo general vos te das cuenta a través de las actitudes del chico, pero nunca jamás, es muy raro que el chico te lo diga, este, entonces bueno ahí, empieza la derivación o el trabajo con el equipo de orientación.* (Institución Nro III, entrevistado nro. III).

De acuerdo a la mencionada cita podemos observar que determinadas actitudes del niño pueden llevar a pensar a aquel que las perciba que hay algo que se está intentando ocultar, pero que es muy difícil detectar el *silenciamiento* como tal, si no es en relación a otros indicadores que dependen de la forma en que cada niño se comporte.

Nos llama la atención que en el sector privado ninguno de los entrevistados reconoció el indicador teniendo en cuenta que es dentro de este ámbito en donde generalmente existe un mayor contacto con la familia de los niños.

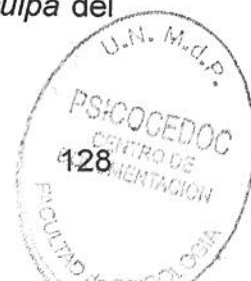
En el área judicial, resulta llamativo que al tratarse de equipos técnicos que mantienen contacto con las familias, el mencionado indicador no haya sido reconocido. Ante esto podríamos pensar que quizá no lo hayan

mencionado por no considerarlo un indicador dada la imposibilidad de ser reconocido por sí mismo y que por lo tanto tendría que ser deducido de una serie de indicadores o de la situación general. De este modo sería considerado una característica de la situación de abuso, pero no un indicador que presente el niño. A la vista del reconocimiento que presentó el indicador *relato* en este área, otra posible respuesta sería que en la misma consideren más factible la posibilidad de denunciar dicha situación, que al hecho de mantenerla velada, lo que supondría su *silenciamiento*.

En el área de salud la asistente social del sector público refirió:

. . . . El abuso sexual está muy relacionado al secreto, a una situación a veces abusiva hacia la madre en el sentido del poder de que hay un adulto que maneja a los chicos como quiere, los seduce, los engaña, como tiene todo un proceder ... de seducción progresiva y de envolver al chico y de trasladarle la responsabilidad del abuso al pibe, que es víctima, ese chico no habla, primero porque a veces está amenazado, y aunque no este amenazado porque la mayoría no son producto de una acción física, aunque no esté amenazado muchas veces está envuelto en esta cosa del secreto. (asistente social de la Institución Nro. IV).

Teniendo en cuenta lo referido por la asistente social podemos pensar que existe una relación entre el *silenciamiento* y el *sentimiento de culpa* del niño, siendo el primero una consecuencia directa del segundo.



La aparición de este indicador refleja que aquellos entrevistados/ encuestados que lo han mencionado podrían llegar a conocer una de las características esenciales de la relación abusiva. De todas maneras cabe preguntarse si este conocimiento llevaría a estas personas, en el caso de sospechar una situación de abuso, a instrumentar estrategias que tengan como finalidad que el niño pueda romper dicho silencio, que pueda develar su secreto.

Es llamativo que dos de los indicadores que se consideran altamente significativos dentro de las características del abuso sexual infantil, como son el *relato* y el *silenciamiento*, no hayan sido mencionados por más del 90% de los entrevistados, lo que hablaría de una dificultad de detección o de un desconocimiento de los mismos como indicadores de abuso sexual.

Indicador Agresividad

A primera vista nos resulta paradójico que tanto el indicador retraimiento como agresividad se encuentren dentro de los indicadores más nombrados, siendo que ambos refieren a reacciones opuestas. Sin embargo, son tipos de reacciones que consideramos esperables ante una situación de abuso en la que se invade a la persona, tanto física como psicológicamente. Como refiere la Dra. Intebi la forma de reaccionar del niño depende en gran medida de su subjetividad:

. . . . Hay niños que tienen mayor facilidad para externalizar el impacto emocional que les produce la situación abusiva, y en consecuencia presentan comportamientos que llaman la atención de los adultos por el monto de agresividad demostrado o por sus características transgresoras. (Intebi, 1998, p. 181)

Teniendo en cuenta lo expuesto por la autora y siendo que la *agresividad* es una manifestación esperable de encontrar en un niño que ha sido víctima de un abuso sexual, nos resulta extraño que dicho indicador haya sido reconocido por la mitad de los entrevistados en el área informantes claves, quienes se hallan en contacto permanente con la problemática. De todas maneras aquellos que reconocieron al indicador en este área demostraron en sus respuestas que dan al mismo una importancia considerable:

. . . . Los chicos lo manifiestan siempre, a través de su involución ¿no?, desde el habla, desde la agresividad. Acá vino una vez un nene que..., mellizos eran, también habían sido abusados por el padre que, tiraban los libros, se peleaban, se pegaban, este, tienen un grado de agresividad terrible, le pegaban a la madre. (Informante clave nro. 1)

. . . . -¿Qué le pasa a este niño que: tiene una mirada muy triste, que no se comporta como un niño, que tiene mucha agresividad, y a la vez puede tener conductas auto-punibles, o sea que el mismo se arremete, que busca accidentes, que tiene una ideación suicida,

muchos niños?-, o sea se me están apareciendo indicadores ¿no?, esto es desde la práctica ¿no?. (Informante clave nro. III)

Al igual que sucede con los indicadores *cambios de conducta, miedos y retraimiento*, creemos que las conductas agresivas de los niños deberían ser reconocidas en todas las áreas entrevistadas, principalmente en la escuela y el hogar. Sin embargo, nos llama la atención que, a pesar de haberse reconocido, no lo haya sido de modo significativo en ninguna de las dos áreas. Ésto nos permite pensar que para los entrevistados la *agresividad* manifestada por un niño, no se asociaría generalmente a un abuso sexual infantil, o sea, no se reconocería mayormente como un posible indicio de la existencia de una situación abusiva. Como en estas dos áreas el *retraimiento* fue más reconocido que la *agresividad*, lo que nos permite pensar que ante una situación de abuso tanto los entrevistados/encuestados de un área como de la otra, esperarían por parte del niño la manifestación de conductas que reflejen *retraimiento*, más que *agresividad*.

Llama la atención que este indicador no se haya reconocido dentro del área salud, será que el ámbito hospitalario no es un lugar en donde se puedan observar este tipo de manifestaciones agresivas, o por el contrario los entrevistados no asocian al mismo como un posible indicio de abuso sexual.

Indicador Tristeza

El presente indicador ha sido reconocido en casi todas las áreas, aunque en ninguna de ellas de manera significativa. Si bien en el área judicial no fue reconocido, hemos encontrado el indicador *depresión* con el que lo podemos asociar.

La Dra. Intebi tampoco especifica a la *tristeza* como un indicador de abuso sexual, aunque podemos entender al mismo de dos maneras: en un caso como un indicador dentro de las características del trastorno por estrés post-traumático, y en el otro como una característica del cuadro depresivo. Siendo en este último caso para la autora un indicador específico.

Probablemente el hecho de haber sido reconocido en casi todas las áreas se deba a que al entender al abuso como una situación traumática para cualquier persona, se espere que una reacción posible sea la *tristeza*.

Indicador Marcas en el Cuerpo

El indicador *marcas en el cuerpo* es un indicador físico, aunque no es específico de abuso sexual infantil de acuerdo a la lista propuesta por Intebi. Es más probable que aparezca en casos de maltrato o violación ya que en esas situaciones se trata siempre de un ataque físico, en el que se hace uso de la violencia o de la fuerza. En cambio la relación de abuso, en la mayoría de los casos, no se da bajo esas condiciones dado que el sometimiento de las víctimas es conseguido generalmente por otros medios. Por tal motivo las *marcas en el cuerpo*, tal como lo expresa la autora, no suelen

encontrarse a no ser que se trate de indicadores específicos: “... algunos, los menos, pueden tener marcas en el cuerpo que delaten lo que está pasando, mientras otros se animan e intentan ser escuchados mediante relatos que involucran un gran esfuerzo ...” (Intebi, 1998; pág 175).

Este es un indicador que se ha presentado en todas la áreas excepto en el área padres, madres, tutores, con prevalencia en las áreas salud e informantes claves, aunque en estos casos el reconocimiento de los entrevistados no supera el 50 %.

En el área salud, si bien el porcentaje de reconocimiento del indicador que estamos analizando es aproximadamente del 50%, aquellos entrevistados que lo mencionaron en su mayoría son médicos. Esto no llama la atención, dada la característica del indicador, ya que estos profesionales trabajan con síntomas físicos y utilizan la revisión médica, lo que les permite la observación del mismo en los niños más fácilmente. Al respecto uno de los pediatras entrevistados manifestó:

... los signos son los de la violencia, los de un combate... hay signos de lucha de otro tipo, generalmente el niño se resiste, le duele, tiene moretones en los brazos o donde lo toque el adulto que lo sojuzga o que lo domina ...y signos de lucha variadas. (Médico pediatra de la Institución Nro. I)

Así mismo, otros de los médicos entrevistados refirió: “... en los peritajes vos tenés que ser, la ley te exige ser taxativo, hay lesiones o no hay lesiones.” (Ginecólogo infante juvenil de la Institución Nro. IV)

Si realizamos una lectura de los indicadores brindados por el área padres, madres, tutores, podemos advertir una prevalencia de los indicadores de orden psicológico, por sobre los de orden físico. No sólo no se encuentra el indicador *marcas en el cuerpo*, sino que tampoco se halla presente el indicador *marcas en zonas genital*. Como dijimos anteriormente, el abuso no necesariamente implica el uso de la violencia. Por este motivo, la primer impresión sería que los padres, madres, tutores, diferencian claramente una situación de maltrato, o violación, de una de abuso sexual. Sin embargo, los datos de la encuesta en donde se hizo hincapié en la diferencia entre violación y abuso, arrojaron que una parte significativa entre los encuestados no consideran que exista una diferencia entre violación y abuso, refiriéndose a la misma de la siguiente manera:

"desde el daño es lo mismo lo que causa" (madres encuestada en la Institución Nro I, comerciante, 46 años de edad);

"siempre es violación, aunque no haya penetración" (madre encuestada en la Institución Nro. V, docente, de 29 años de edad);

"es lo mismo el daño y lo que causa" (madre encuestada en la Institución Nro. III, ama de casa, de 39 años de edad).

De acuerdo a estas respuestas se percibe una contradicción, respecto al indicador *marcas en el cuerpo*, en el mencionado área. Es decir, si en el área padres, madres, tutores se considera mayormente que no existe diferencia entre la violación y el abuso, ¿por qué entonces, no hay un reconocimiento significativo de indicadores físicos que lo demuestren?.

Indicador Problemas De Aprendizaje

En todas las áreas los entrevistados/encuestados nombraron este indicador. Sin embargo, por su naturaleza, esperábamos que fuera reconocido en forma amplia por los docentes y especialmente por los entrevistados de los equipos de orientación educacional, dado que estos últimos son quienes tratan las causas de tales problemas en las instituciones educativas. En este sentido se puede decir que de los entrevistados del área educacional, que reconocieron el indicador, los dos pertenecen a equipos de orientación educacional. La psicóloga de la Institución Nro. 11 refirió sobre el tema:

... Muchas veces llega la cuestión porque al docente le preocupa este, determinadas características del chico, porque lo está viendo diferente, porque no quiere entrar, porque se quiere ir del salón, porque está llorando, porque desde lo pedagógico se observa un desfasaje importante a como venía rindiendo hasta el momento.

A partir de esta cita, cabe preguntarse si la razón por la que ningún docente nombró el indicador tiene que ver con que ante este tipo de problemas se realiza una derivación, pero de ser así, nos preguntamos ¿lo derivan sospechando que hay una probabilidad de abuso, o no?. Una posible respuesta a la ausencia del reconocimiento de este indicador por parte de los docentes puede ser que lo incluyan como uno de los cambios considerados en el indicador *cambios de conducta*.

En la lista de *indicadores objetivos* que se toma como referencia, el bajo rendimiento escolar, se considera como un indicador psicológico específico de abuso sexual. La pregunta que surge frente a este indicador es ¿por qué el abuso sexual llevaría a que un niño posea *problemas de aprendizaje?*, es decir, ¿qué es lo que provocaría un cambio abrupto en su rendimiento escolar?. Ante estas preguntas pueden considerarse distintas razones que podrían llevar a que el niño genere un déficit en el área escolar. El *miedo*, la imposibilidad de concentración a causa del mismo, la imposibilidad de dejar de pensar en dicha situación, y el hecho de no poder poner en palabras lo sucedido, podrían ser algunas de las posibles causas del mencionado déficit.

Indicadores Enuresis Y Encopresis Y Manifestaciones Psicossomáticas

En indicador *manifestaciones psicossomáticas* incluye aquellas respuestas que denuncian la presencia de síntomas orgánicos que tendrían una causa de orden psicológico, o bien, síntomas de orden físico sin causa orgánica específica. Intebi propone a la enuresis y a la encopresis dentro de los indicadores físicos (ver pág. 106), ya que posiblemente lo haga considerando a éstos desde sus consecuencias, es decir desde el punto de vista que el niño no puede controlar sus esfínteres. De todas maneras creemos que la causa es de orden psicológica, ya que se habría producido una regresión a una etapa evolutiva anterior. De este modo tanto la enuresis

como la encopresis son consideradas manifestaciones psicósomáticas del abuso sexual infantil.

Los indicadores que aquí analizamos han sido reconocidos como posibles características que presentaría un niño abusado por dos madres encuestadas de la siguiente manera:

" . . . *Somatizar en alguna situación*" (madre entrevistada en la Institución Nro. II, ama de casa, 38 años de edad);

" . . . *Genera algún tipo de enfermedad*" (madre entrevistada en la Institución Nro VI, ama de casa, 23 años de edad).

Entre los entrevistados del área citada, el indicador no fue ampliamente reconocido, creemos que esto se puede deber a un desconocimiento de lo que implica una *manifestación psicósomática*, o a que no asocian las mismas al abuso sexual infantil. De todas maneras, como se observa en las respuestas citadas se puede advertir que quienes lo reconocieron encuentran una relación directa entre el abuso sexual y los síntomas del cuerpo sin sustrato orgánico.

En el área judicial, la médica entrevistada del Tribunal de Menores Nro. II se refiere a las manifestaciones psicósomáticas de la siguiente manera:

. . . . con el menor suele haber episodios si, de por ejemplo que te refieran una ... gastritis ... a nivel digestivo te decía de gastritis puede haber diarreas inexplicables que no tienen relación con lo alimentario

o con una virosis que pueden ser del resto de la familia también ¿no?, entonces en ese caso hay este ... cuestiones orgánicas. Hay chicos por ejemplo que vienen con una historia de bronco-espasmos ... o asma, que sabemos todos que tiene un componente psicosomático y que puedan derivar de una situación conflictiva de abuso.

Los informantes claves y los entrevistados del área judicial, a diferencia de los entrevistados/encuestados del resto de las áreas, han manifestado un mayor reconocimiento de los indicadores *manifestaciones psicosomáticas y enuresis y encopresis*. Así mismo indicadores como *cefaleas, infección urinaria y trastornos del habla*, fueron reconocidos también por estos entrevistados, aunque no en un alto porcentaje, lo que lleva a pensar en un alto conocimiento de estos indicadores en dichas áreas.

Esta amplia gama de reacciones somáticas sin sustrato orgánico, lleva a pensar cuál es la razón de la prevalencia de estos indicadores entre los mencionados entrevistados. Una aproximación posible sería que quienes lo han mencionado necesitan, para probar las sospechas de abuso sexual infantil, de pruebas que si bien no pueden ser percibidas directamente en el cuerpo, se puede inferir, a partir de manifestaciones que provienen del mismo, que algo del orden de lo traumático ha ocurrido. Siendo que el abuso sin penetración no deja marcas en el cuerpo y en muchos casos imposibilita su verificación, creemos que estas manifestaciones corporales por no poseer un sustrato orgánico ayudarían a probar la existencia del abuso sexual infantil. Podemos agregar que quizá dicho reconocimiento se deba además a

que esas personas –informantes claves, miembros de los equipos técnicos de tribunales- por los espacios que ocupan como profesionales, necesiten valerse de pruebas que los lleven a acercarse a las causas del hecho que tratan de investigar.

Cabe preguntarnos, ante los resultados obtenidos en el área salud, ¿por qué tanto *manifestaciones psicosomáticas como enuresis y encopresis* han sido reconocidas en modo tan bajo?. Una respuesta posible puede ser que no asocian las mismas a una situación de abuso, o que en sus prácticas no son simples de detectar, a menos que los padres no lo manifiesten.

Indicadores Relacionados Con Manifestaciones Sexuales

En este indicador agrupamos a aquellos indicadores que bajo diversas manifestaciones indicarían conductas hipersexualizadas, los mismos son: *Manifestaciones de conductas inadecuadas para la edad, Manifestaciones en el juego, Manifestaciones sexuales en gráficos, Manifestaciones verbales de conductas sexuales.*

. . . . Todos los niños entre los cuatro y los cinco años se encuentran interesados en los asuntos sexuales y hacen preguntas sobre la diferencia sexual anatómicas, sobre cómo nacen los bebés y sobre cómo se forman. También exploran sus propios cuerpos, curiosean el de sus pares, sobre todo el del sexo opuesto. Estos juegos sexuales infantiles, . . . , representan un desarrollo normal del desarrollo biopsíquico de cualquier persona y no deben alarmarnos a menos que



se conviertan en la actividad que más interés despierta en el niño o que ocupa la mayor parte de su tiempo. Cuando esto último sucede, deberíamos prestar especial atención ya que suele indicar una erotización prematura. (Intebi, 1998, p. 187)

. . . . Es importante recordar que los niños –sobre todos los más pequeños-, no tienen manera de conocer los detalles de una relación sexual adulta sino tuvieron la oportunidad de observarla o si no fueron víctimas de abuso ... Si un niño se refiere a estos temas, sea mediante relatos o en juegos con amigos o muñecos, es altamente probable que haya sido victimizado. (Intebi, 1998, p. 189)

De acuerdo a lo citado anteriormente a los indicadores relacionados con la sexualidad en los niños, los consideramos los más específicos del abuso sexual infantil, luego del indicador *relato*. Tal importancia adjudicada se debe a que no es esperable que un niño, dada su ingenuidad, manifieste mediante diversos medios de expresión, situaciones que hacen referencia a cuestiones de índole sexual que él no debería conocer, a no ser que las haya presenciado o vivido.

Si realizamos una exploración por las diferentes áreas entrevistadas/encuestadas, podemos advertir el bajo reconocimiento que se le ha dado a las manifestaciones de este orden. Por esta razón y dada la importancia que la autora citada le adjudica a las manifestaciones de tipo sexual, cabe que nos preguntemos acerca del motivo que lleva a que, de los

indicadores más nombrados en la presente investigación, los relacionados con la sexualidad no llegan a ser los más importantes, aún agrupando las distintas manifestaciones que hacen referencia a lo sexual.

Ninguno de los padres, madres, tutores encuestados ha reconocido las *manifestaciones sexuales en gráficos o manifestaciones verbales de conductas sexuales*. Una de las razones a las que se puede deber esta falta de reconocimiento, podría ser que los niños tiene un fácil acceso a los medios masivos de comunicación en donde se tiene poco cuidado en las imágenes y lenguaje que se utiliza. De esta manera llegan a naturalizarse discursos relacionados con la sexualidad que no llaman la atención de los padres.

En cuanto a *manifestaciones sexuales en gráficos* quizá los padres no puedan llegar a advertir que se trata precisamente de indicadores, lo cual es esperable porque probablemente no cuentan con la preparación como para identificarlo, o quizá puedan negar todo lo que suponga una connotación sexual y atribuirlo a una fantasía.

En las instituciones educativas se encuentran reconocidos en forma muy baja, ante lo que nos surge el interrogante de qué sucede con los docentes, que compartiendo un espacio de tiempo tan amplio con los niños, sumado al hecho de que permanentemente tienen la posibilidad de observar gráficos y juegos de los mismos, no pueden advertir en forma significativa la presencia de estos indicadores. Esto lo podemos atribuir a una falta de preparación y capacitación en los docentes, tal como lo anuncia el Dr. Razona en la entrevista:

. . . . Así como las maestras tienen que empezar a detectar eh, qué se yo, yo veo que ninguna maestra sabe nada de grafología nada, y nosotros en el tema de abuso utilizamos pericias grafológicas donde hay sesenta ítems para analizar en cada dibujo de un nene que te puede dar una pauta para saber si está siendo o no abusado, son signos, no voy a decir que sea abusado pero son signos de alarma, ves el dibujo de un nene que tiene la parte de la sexualidad tachada con negro eso es un alerta para la maestra, o que le hace manos enormes a los adultos, le hace manos enormes y él se dibuja chiquitito no necesitás ser grafólogo para, esas, esas cuatro, cinco cosas que tiene que saber una maestra nadie las sabe, y lo más sano para los chicos es eso, es la detección a través de los dibujos porque no se victimiza, con una entrevista, no hay que llevarlo al médico ... bueno eso es, hay una falta de cultura total sobre el tema y más con las escuelas católicas que es un tema tabú, de eso no hay que hablar.

Las docentes a su vez reconocen la mencionada falta de capacitación en la temática dentro de su carrera docente, al respecto se refirieron del siguiente modo:

. . . . Jamás, ni en, ni a nivel formación en las reuniones, ni tampoco en, en la carrera de formación docente. Jamás se habló del tema. O sea, no existe. No existe para, para los contenidos que supuestamente ellos dan ¿no?, pero bueno. Es como si no fuera parte de la realidad. Y es algo que sucede. Es algo que sucede y creo que,

más frecuente de lo que pensamos. Pero no, no, a nivel eh, perfeccionamiento nunca se tocó y a nivel este, cuando hice los estudios tampoco. (Institución Nro. II; entrevistado nro. I).

. . . . Las chicas dicen que lo, “vos siempre tenés esos casos”, yo no digo que siempre tengo esos casos, lo que pasa es que yo los veo esos casos ... no es que siempre me toca a mí, en mi caso “yo los huelo” digo yo, esto tienen que ver por ahí con la información, que sí, que por ahí yo me he informado porque a mí me interesa y porque eh, y otra por estar en la experiencia de estar en escuela de riesgo y entonces, y entonces esto te da un panorama y el de saber cuáles son los códigos. (Institución Nro. IV, entrevistada nro. I).

CAPITULO VI

Conclusiones Preliminares Y Posibles Vías De Análisis

Lo que motivó la presente investigación fue la creencia de que para poder establecer un diagnóstico de A.S.I., asegurar la protección del niño ante la posibilidad de repetición de episodios abusivos y prevenir los efectos a largo plazo, es necesario que exista un conocimiento acerca de los indicadores de A.S.I. por parte de quienes se encuentran en contacto directo con los niños. Por esta razón es que comparamos aquellos indicadores que consideramos objetivos, tomados de la lista que propone I. Intebi, especialista en la temática, con aquellos que nos pudieron aportar distintos profesionales y padres.

Las primeras conclusiones a las que podemos arribar a partir de dicha comparación están relacionadas con el grado de correspondencia que existe entre los indicadores antes mencionados. En cuanto a la misma podemos decir que varios de los *indicadores subjetivos* fueron encontrados entre los *objetivos*, sin embargo, frente a este grado de correspondencia abrimos dos posibles vías de reflexión. La primera está relacionada con el valor que le podemos asignar a la adecuación encontrada; este valor está dado por la cantidad de entrevistados/encuestados respecto al total de los mismos que reconocieron cada indicador. La segunda está relacionada con la esencia misma de cada indicador como tal, es decir si a cada respuesta dada por los entrevistados se le puede asignar la categoría de indicador de A.S.I. de acuerdo a los *indicadores objetivos*.

Con respecto al valor de la correspondencia podemos decir que es muy bajo, basta con observar que los dos indicadores más nombrados en esta investigación no superan el cuarenta por ciento de coincidencia de reconocimiento entre el total de entrevistados (ver cuadro nro. 3). Del mismo modo los *indicadores subjetivos* que se corresponden con los *objetivos* poseen porcentajes de reconocimiento tan bajos, que se puede inferir que el grado de conocimiento de los entrevistados/encuestados es deficiente.

El hecho de haber diferenciado la muestra en distintas áreas de profesionales a su vez, nos permitió preguntarnos sobre la adecuación de los indicadores en cada una de las mismas. En este sentido la coincidencia de reconocimientos en ningún caso alcanza un grado realmente importante, ni siquiera entre los especialistas en la temática. Esto nos lleva a cuestionarnos acerca de la posibilidad de que dichos profesionales puedan realizar diagnósticos certeros ante casos de abuso sexual infantil, y del mismo modo nos preguntamos cómo podrían llegar a un consenso sobre la existencia o no de abuso, si tenemos en cuenta que la mitad de los profesionales consideran a determinados indicadores y la otra mitad difiere de ellos.

En relación a la reflexión acerca del estatuto otorgado a cada indicador para ser considerado como tal, podemos decir, que varios de los *indicadores subjetivos* obtenidos, incluidos dos de los más nombrados como son *cambios de conducta* y *silenciamiento*, no han sido encontrados entre los *indicadores objetivos*. Si a ésto le sumamos que los mismos tuvieron un bajo porcentaje de reconocimiento, nos vemos llevados a cuestionarnos si

se los puede o no considerar como indicadores de la problemática aquí abordada.

Respecto de los indicadores que no se han correspondido con los indicadores objetivos, cabe mencionar que *cambios de conducta*, como ya ha sido planteado, además de ser un indicio inespecífico de abuso sexual infantil, las causas que pueden provocar un cambio de esa índole son tan generales como el mismo indicador.

Por otra parte, el hecho de que el indicador *silenciamiento*, que alude al secreto propio de una relación abusiva y es determinante de la misma, se encuentre entre los indicadores subjetivos más mencionados y no posea correspondencia entre los *indicadores objetivos* siendo tan importante, nos conduce a cuestionarnos sobre la razón de esta omisión. Igualmente, y dada la importancia que el *silenciamiento* posee en relación a la perpetración del abuso sexual infantil, el hecho de que más del setenta por ciento de los entrevistados/encuestados no lo haya mencionado nos da la pauta de que la mayoría de ellos no conoce o no le da la importancia que merece a este aspecto de la problemática. También existe la posibilidad, de que quienes no lo han mencionado, probablemente consideren que un niño víctima de abuso ante tal vivencia contaría lo que le ha sucedido, cuando en realidad un vector de la problemática es precisamente el mantener velado el hecho.

Partimos de la idea de que el grado de conocimiento sobre los indicadores por parte de las personas allegadas a los niños era suficiente como para develar una situación abusiva, o sea, para realizar una detección precoz. Desde la comparación realizada entre *indicadores objetivos* y

subjetivos, nos surgió el interrogante acerca de si ese conocimiento es lo único necesario. Esta inquietud nos permitió acercarnos a un aspecto de la temática del abuso sexual infantil que no habíamos considerado al inicio de la investigación, y que luego del trabajo de campo nos parece relevante. El mismo está relacionado con la actitud de los entrevistados frente a la detección del A.S.I.. Actitud, en el sentido de postura adoptada por parte de los mismos ante la problemática, ya que consideramos que para que la detección precoz sea eficaz no alcanza sólo con un conocimiento exhaustivo de los indicadores. Las entrevistas y encuestas, diseñadas como instrumentos de recolección de información, nos han permitido percibir estas actitudes.

En general nos hemos encontrado en las entrevistas/encuestas realizadas con reacciones que van desde la negación y el rechazo, hasta la total aceptación y compromiso frente a la problemática. En relación a la negación de tratar la temática y de prestar su colaboración, podemos citar a modo de ejemplo, una estrategia que debimos implementar a los fines de conseguir las entrevistas/encuestas, ya que en algunos casos hemos tenido que ocultar el tema del que se trataba. Esto, particularmente, lo hemos percibido en el área educacional, sobre todo en las docentes y en los padres, madres, tutores encuestados.

Creemos que las distintas reacciones encontradas son el resultado de los múltiples atravesamientos de poder, políticos y culturales, entre otros, que hacen que el abuso sexual infantil sea un tema complejo. Entendemos que estas reacciones son de suma importancia, ya que nos permiten

conocer las actitudes que movilizan las mismas. Consideramos que ésto se debe a que el tema que aquí tratamos está relacionado en forma general con la sexualidad y en modo particular con el tabú del incesto, lo que imposibilita, en algunos casos, pensar en hechos como el abuso de un hijo o de quien adoptan como propio, motivo que llevaría a gran parte de las personas a poseer una actitud de rechazo frente al hecho de hablar del tema.

De las entrevistas realizadas en el área educativa se puede concluir que existe una contradicción, ya que por un lado la mayoría de los entrevistados manifiestan que la escuela es un lugar propicio para detectar casos de abusos sexual, y sin embargo, se evidencia que en ellos coexisten por lo menos dos tipos de actitudes. Una, muy marcada, relacionada con que ante cualquier sospecha de abuso se realiza una derivación a quien se supone que está capacitado para detectarla y abordarla, como ser psicólogos o miembros de equipos de orientación educacional, en caso que la institución cuente con los mismos. La otra, relacionada con una actitud defensiva, que apunta más a defender y proteger a los mismos docentes e instituciones, que a prevenir casos de abuso sexual infantil.

Más allá de que la mencionada derivación sea correcta, podría interpretársela como una delegación de la responsabilidad en las figuras de los directivos, dejando en manos de ellos la decisión de qué hacer al respecto.

Pudimos observar que existe una diferencia entre el ámbito educativo público y el privado frente al tratamiento de esta temática. En el ámbito privado se hace evidente una actitud de cuidado por parte de los directivos y

los docentes en cuanto a cómo puede repercutir en la institución la exposición pública de un caso de abuso, poniendo el cuidado en la imagen de la institución y de las familias que les confían la educación de sus hijos. También creemos que tiene un peso importante el factor económico, ya que si se ve afectado el prestigio de la institución, esto también repercutirá en la matrícula perjudicándola. En el ámbito público, por el contrario, no se ha hecho evidente que la imagen de la institución adquiriera un papel importante que se deba mantener.

En los padres encuestados se observó, en su mayoría, una reacción de asombro al decirles el tema a encuestar. A partir de esto se puede concluir que el tema propuesto está tan poco tratado que en algunos casos parecería que nunca se ha hablado al respecto, como si hasta el momento no se hubieran permitido siquiera pensarlo. Esto corrobora lo dicho anteriormente respecto a la reacción frente al abuso sexual infantil.

El estudio realizado en base a la comparación de indicadores nos permitió habilitar posibles vías de análisis de la temática del A.S.I.. Estas surgen tanto de las primeras conclusiones, como de la totalidad del material obtenido por medio de las entrevistas y encuestas, que no se ha analizado en el presente informe por abarcar distintas aristas del tema, que superan en muchos casos el análisis propuesto para este trabajo.

En primer lugar el acercamiento al tema del A.S.I. nos ha generado varios interrogantes que han quedado sin responder porque consideramos que son puntos de debate interesantes. Uno de ellos está relacionado con el

abordaje que realiza la justicia desde los tribunales de menores con los casos que llegan a sus manos. Entran en discusión al respecto aspectos relacionados con las pruebas necesarias para que un abuso sea demostrado, ¿por qué las pruebas físicas siguen teniendo más valor que las psicológicas?, ¿se sigue considerando que violación y abuso sexual infantil son lo mismo?. Por otro lado consideramos temas de futuros análisis dada su complejidad temas como son la revinculación y el acompañamiento que se les da desde los tribunales a las víctimas.

Hemos observado que el tema que abordamos se encuentra atravesado por prejuicios de todo tipo y que está íntimamente relacionado con representaciones sociales fuertemente enquistadas en nuestra sociedad. La niñez en sí misma es un tema complejo y si sumamos a este, el de la sexualidad se complejiza aún más. De este modo nos preguntamos ¿por qué cuesta tanto hablar de algo que todos sabemos que sucede?, ¿por qué se sigue creyendo que los abusos sexuales infantiles sólo se dan en las clases bajas?.

Por otro lado, el hecho de haber tomado para nuestro análisis la variable público - privado, nos permitió encontrar diferencias en la forma de actuar frente al tema. Por ejemplo en cuanto a la diferencia en la detección, ¿por qué se detecta más el A.S.I. en el sector público que en el privado?, pregunta que realizamos en varias entrevistas y que en ningún caso nos supieron responder.

En el caso de las encuestas administradas en el área padres, madres, tutores hemos relevado varios aspectos que quedan por analizar. Estos



están relacionados con distintas creencias, como ser: desde cuando data el abuso sexual infantil; si el mismo es una práctica común en nuestros días; quiénes se cree que son los abusadores y qué edad puede tener un abusador; si existe la posibilidad del abuso intrafamiliar y extrafamiliar, o si uno imposibilita la existencia del otro; si existe diferencia entre violación y abuso sexual infantil; cómo precederían los encuestados si sospechan que tanto un niño como su hijo podría haber sido abusado.

Por último como dijimos anteriormente, ha sido tan bajo el reconocimiento respecto de los *indicadores subjetivos*, que queda abierto el debate si gran parte de ellos pueden ser considerados indicadores. Este déficit en el conocimiento de indicadores lleva a cuestionarnos sobre las decisiones que se toman ante sospechas de abuso sexual infantil. Este planteo habilita la discusión acerca del consenso entre profesionales de la salud, en lo que refiere a diagnósticos diferenciales.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos que nos propusimos inicialmente apuntaba a proyectar estrategias para la detección del A.S.I., de acuerdo a los resultados obtenidos y por demostrar éstos un deficiente conocimiento de los indicadores del abuso sexual infantil, es que creemos de gran necesidad la creación de un programa dirigido a capacitar a quienes se encuentran en contacto con los niños. De esta manera se podría acortar la brecha que en esta investigación aparece entre la lista de indicadores propuesta por Irene Intebi y el grado de conocimiento que demostraron tener los encuestados/entrevistados. Así mismo creemos que sería ideal que dicho

programa esté impulsado desde el Ministerio de Salud y Educación, para que de esta forma abarque ambas áreas.

Consideramos que en el caso de los docentes y padres, el acceso a la información sobre la problemática, les permitiría estar alertas. Si bien ellos no son quienes deben diagnosticar, creemos necesaria la existencia de un mínimo de conocimiento de la problemática para que les permita saber de qué se trata, quitarles prejuicios y poder abrir los ojos ante este tipo de situaciones, en síntesis, poder detectarlas. Por ello el programa debería estar enfocado a que conozcan y reconozcan los aspectos generales de la problemática, tanto como sus características principales.

En el caso del área salud, los médicos como los psicólogos, que son quienes deben diagnosticar la problemática, deberían capacitarse por medio de un programa orientado a generar un conocimiento específico sobre A.S.I.. De esta forma se permitiría que los médicos puedan conocer que más allá de los indicadores físicos, hay otros que también pueden ser indagados en sus consultorios, como los aspectos conductuales, los que podrían incluirse en las historias clínicas. Estos pueden llevarlos a sospechar no sólo de la existencia del A.S.I., sino de otros tipos de problemas, ya que en general son indicadores comunes a otro tipo de problemáticas.

En el caso de los psicólogos creemos que una forma de difundir el conocimiento estaría dada por la inclusión de capacitación en la formación académica, ya que como pudo observarse la tendencia generalizada está en el derivar, delegar, por falta de conocimiento.

Para el área judicial creemos que no estaría de más un programa de capacitación, para que se pueda dar el peso que merecen algunos tipos de pruebas que evidencian un caso de este tipo, sin tener que llegar a seguir necesitando la prueba física para que se determine el ASI.

Como puede observarse no se trata de prevención, porque estamos hablando de detección, de diagnóstico; lo que implica que el hecho ya se ha dado, pudiendo en el caso de detectarse precozmente una situación de A.S.I., llegar a minimizarse los efectos traumáticos por medio de la intervención oportuna.

Creemos que es de suma importancia que los niños puedan ser educados tanto en el conocimiento acerca del cuidado del propio cuerpo, como también acerca de las situaciones que puedan significarles un riesgo. Para obtener este fin es indispensable que aquellos que se encuentran en contacto diario con los niños, estén capacitados acerca de la problemática, para que puedan decodificar los indicios en la conducta de los mismos como posibles manifestaciones del A.S.I.

ANEXO

- Cronogramas detallados por áreas y números de entrevistados.
- Modelos de posibles preguntas a realizar en las entrevistas a las distintas áreas.

CRONOGRAMAS DETALLADOS POR ÁREAS Y NÚMEROS DE
ENTREVISTADOS

	Informante entrevistado	Especialidad del Entrevistado	Entrevistado Nro.
Área Informantes Claves	O.N.G.: Asistencia al niño abusado	Equipo de trabajo	Edo. Nro. II
	Lic. Ana Birades	Psicólogo	Edo. Nro. III
	Dr. Julio Razona	Abogado	Edo. Nro. I
	Fiscal Dra. Lorenzo	Abogada	Edo. Nro. IV

	Institución entrevistada	Especialidad del Entrevistado	Entrevistado Nro.
Área Judicial	T. M. N° 1	Perito psiquiatra	Edo. Nro. I
	T. M. N° 2	Perito asistente social	Edo. Nro. II
		Perito médico	Edo. Nro. III
	T.M. N° 3	Perito psicóloga	Edo. Nro. IV

	Institución entrevistada	Especialidad del Entrevistado	Entrevistado Nro.
Área Educacional	Institución Nro. I Privada	1 Docente	Edo. Nro. I
		1 Docente	Edo. Nro. II
		Orientador Educacional	Edo. Nro. III
	Institución Nro. II Privada	1 Docente	Edo. Nro. I
		1 Docente	Edo. Nro. II
		Orientador Educacional	Edo. Nro. III
	Institución Nro. III Pública	1 Docente	Edo. Nro. I
		1 Docente	Edo. Nro. II
		Maestra recuperadora	Edo. Nro. III
	Institución Nro. IV Pública	1 Docente	Edo. Nro. I
		1 Docente	Edo. Nro. II
		Orientador Social	Edo. Nro. III
	Institución Nro. V Privada	1 Docente	Edo. Nro. I
	Institución Nro. VI Pública	1 Docente	Edo. Nro. I

	Institución entrevistada	Especialidad del Entrevistado	Entrevistado Nro.
Área Salud	-Institución I- Privada	Pediatra	Edo. Nro. I
		Pediatra	Edo. Nro. II
	-Institución II- Privada	Psicóloga	Edo. Nro. I
		Psicóloga	Edo. Nro. II
		Pediatra	Edo. Nro. III
		Pediatra de guardia	Edo. Nro. IV
	-Institución III- Privada	Pediatra	Edo. Nro. I
		Psiquiatra	Edo. Nro. II
	-Institución IV- Público	Asistente social	Edo. Nro. I
		Ginecólogo infanto-juvenil	Edo. Nro. II
		Pediatra (Consultor)	Edo. Nro. III
		Psicóloga	Edo. Nro. IV
	-Institución V- Público	Pediatra	Edo. Nro. I

MODELOS DE POSIBLES PREGUNTAS A REALIZAR EN LAS ENTREVISTAS A LAS DISTINTAS ÁREAS

(Pequeña introducción sobre la investigación, dirigida al profesional como integrante del equipo).

Preguntas a realizar a los miembros de los equipos técnicos de los Tribunales de Menores:

- Ante un caso a ser atendido, ¿que indicios lo llevarían a sospechar que está frente a un supuesto caso de A.S.I.?
- ¿Cómo llega al diagnóstico del mismo?, ¿cómo trabaja el equipo ante un caso de estas características?
- ¿Qué daños se observan en los niños que han sufrido un A.S.I.?
- ¿Qué objetivos persigue su intervención?, ¿Qué protección se presta a los niños una vez realizada la denuncia?
- Los casos de sospecha de abuso, ¿reciben un trato especial a nivel institucional?
- ¿Cómo considera la prevención en A.S.I.?

Preguntas a realizar a médicos pediatras de las instituciones de Salud:

- Entre las consultas que recibe a diario, ¿se ha encontrado frente a casos en lo que ha sospechado la existencia de A.S.I.?
- ¿Qué indicios lo llevaron a considerar esa posibilidad?

- Si a la primer pregunta responde negativamente, debe preguntársele; ¿en qué se basaría para pensar un posible caso de esas características?.
- ¿Qué daños se observan en un niño que ha sufrido un A.S.I.?
- ¿Cómo procede o procedería ante la sospecha de un caso de A.S.I.?
- ¿Cómo considera la prevención en A.S.I.?
- ¿Qué relevancia tiene la problemática para la comunidad médico pediátrica y en esta institución?, ¿qué medidas toman?.

Preguntas a realizar a los psicólogos entrevistados y a la O.N.G.:

- Entre las consultas que recibe a diario, ¿se ha encontrado frente a casos que lo han hecho sospechar de la existencia de A.S.I.?
- ¿Qué indicios lo llevaron a considerar tal posibilidad?.
- Si a la primer pregunta responde negativamente, debe preguntársele; ¿en qué se basaría para pensar en un posible caso de esas características?.
- ¿En qué se basa para realizar el diagnóstico?, ¿qué instrumentos utiliza?.
- ¿Qué daños se observan en los niños que han sufrido A.S.I.?
- ¿Cómo procede o procedería ante la sospecha de un caso de A.S.I.?
- ¿Cómo considera la prevención en A.S.I.?
- ¿Qué relevancia tiene la problemática en la institución en la desempeña su trabajo?, ¿qué medidas toman?.

Preguntas a realizar a los entrevistados de las instituciones educativas:

- ¿Qué opina ud. sobre el tema?, ¿de dónde obtuvo la información con la cuenta?
- ¿Considera que la escuela es un lugar propicio en donde se puede detectar el A.S.I.?
- ¿Qué lo llevaría a pensar en la posible existencia de A.S.I. en un alumno?
- ¿Cómo procedería si sospecha que un alumno fue abusado?
- ¿Qué relevancia tiene la problemática en la institución?. ¿qué medidas se toman?
- ¿Cómo considera la prevención en A.S.I.?

Preguntas a realizar al Dr. Julio Razona:

- ¿Cómo comenzó a dedicarse a la problemática?
- ¿Cómo procede a partir de que alguien viene a hacerle una consulta sobre un caso de A.S.I.?
- ¿Cuál es la legislación vigente que ampara a las víctimas de A.S.I., ¿de qué modo los ampara?
- Para ud., ¿el delito del A.S.I. merece un trato diferente en los tribunales?
- ¿Cómo obtiene las pruebas que fundamentan las denuncias?
- ¿Qué resultados ha obtenido en las demandas en donde no ha habido pruebas físicas?
- ¿Qué dificultades llevan implícitas los juicios sobre abuso?
- Sabemos que se puede determinar si hubo abuso, pero a veces no quien fue el abusador, ¿cómo se resuelve esto?
- ¿Cómo piensa la prevención en A.S.I.?

Preguntas a realizar a la Lic. Ana Birades:

- ¿Qué función cumple en esa institución?, ¿De quién depende ese organismo?
- ¿Está defensoría sigue dependiendo de calidad de vida (M.G.P.)?, nos enteramos que el resto de las defensorías que se hallaban en la ciudad fueron disueltas ¿por qué motivo sigue existiendo está y no el resto?
- Desde su actividad profesional ¿se ha encontrado frente a casos que le han hecho sospechar la existencia de abuso sexual infantil?
- ¿Qué indicios la llevaron a considerar esa posibilidad?
- En cuanto a los indicios: se basa en algunos ya establecidos por otro profesional, algún autor en especial, o es a partir de tu experiencia previa que los detectas?
- ¿En qué se basa para realizar el diagnóstico del mismo?, ¿qué instrumentos utiliza?
- ¿En qué casos se puede detectar quién fue el abusador a partir de los indicios psicológicos?
- ¿Qué daños se observan en los niños que han sufrido ASI?
- ¿Considera que las personas que se hallan en contacto con los niños se hallan capacitadas para detectar un A.S.I.?
- Nos hemos encontrado que al entrevistar profesionales que ejercen su práctica en instituciones de salud privadas nos refieren que no les ha tocado encontrarse frente a este tipo de casos, en su mayoría atendían en el

- hospital o centros de salud donde sí veían casos; ¿usted a qué considera que se puede deber esto?
- Lo mismo que sucedió en las instituciones educativas, en las instituciones privadas aparentemente “no existe” la problemática, pero aquí se nos plantea la duda si realmente es así o no tienen los conocimientos para poder detectarlo, ¿usted qué piensa al respecto?
 - ¿Cómo procede ante un caso de abuso?, ¿trabaja en equipo?, ¿qué protección se presta a los niños una vez realizada la denuncia?, y ¿a la persona qué hace la denuncia?
 - ¿Qué opina sobre la red institucional que se halla actualmente abordando la problemática?
 - ¿Qué opina sobre la función de los tribunales de menores?, ¿sabe su funcionamiento y cómo trabaja su equipo técnico?
 - ¿Por qué cree que si el abuso existe desde siempre, desde hace un tiempo el tema está más expuesto, o al menos tiene mayor aparición en los medios de comunicación?
 - ¿Qué reformas desde lo legal cree que lograrían cambios positivos para el tratamiento de la problemática?
 - Revinculación, ¿existe en el A.S.I., es posible, de qué forma se plantea?
 - ¿Como considera la prevención en A.S.I.?, ¿es posible?, ¿desde dónde?, ¿para quiénes estaría destinada?
 - Relevancia social de la problemática en este organismo, ¿qué medidas toman?

Preguntas a realizar a la Dra. María de los Ángeles Lorenzo:

- ¿Cómo funciona la Fiscalía en estos casos?, ¿qué función cumple?, ¿cómo llegan los casos?
- ¿Cuentan con un equipo técnico especialista para entrevistar a los niños?
- ¿En qué indicios se basaría para sospechar que está ante un supuesto caso de A.S.I.?
- ¿El delito del A.S.I. tiene un trato diferente en las fiscalías?
- ¿Se trabaja con el testimonio de la víctima, o se toman pruebas?
- ¿Trabajan con el victimario y la víctima?
- ¿Qué dificultades encuentra en los juicios de A.S.I.?
- ¿Cuándo no se determina quién fue el abusador, pero sí que existió abuso, cómo se resuelve?

BIBLIOGRAFIA

- Blaxter, L.; Hughes, CH.; Tight, M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Bringiotti, M. I. (1998). Abuso sexual infantil: ¿qué podemos hacer en la escuela?. *Revista de victimología, N° 13, Córdoba, Centro de Asistencia a la Víctima*.
- Corsi, J. (1991). Algunas cuestiones básicas sobre violencia familiar. *Revista Derecho de Familia, N° 4*.
- Degano, J. A. (1993). *El sujeto y la ley y otros temas psicológico forenses*. Rosario: Ed. Homo Sapiens.
- Di Bártolo, I. (2003). Factores de riesgo para la salud mental en la niñez. En *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Aportes de Investigación en Psicología*, (2003, agosto, 14, 15). Tomo I. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Dohmen, M. (2003, abril, mayo, junio). Abuso sexual infantil. *Revista del Colegio de Psicólogos. Distrito X. Provincia de Buenos Aires, año VII*.
- Durrant, M.; White, Ch. (1993). *Terapia del abuso sexual*. Ed. Gedisa.
- Eco, H. (2001). *Cómo se hace una tesis*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En Freud, S. (2000). *Obres completas, vol. VII*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En Freud, S. (2000). *Obres completas, vol. XIV*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En Freud, S. (2000). *Obres completas, vol. XVIII*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Fugaretta, J.C.; Romano, E. (comp.) (2001). *Nuevas perspectivas interdisciplinarias en violencia familiar*. Buenos Aires: Ed. Ad. Hoc.
- Ganduglia, A. (s/f). Dilema para psicoanalistas: las consultas por abuso sexual de niños en las instituciones de salud. En Lamberti, S.; Sánchez, A.; Viar, J. (comp.) (2003), *Violencia familiar y abuso sexual*. (pp.277-299). Buenos Aires: Ed. Universidad.
- Gardiner, G.M.; Neuendam, N. (2001). Delito sexual, posible resarcimiento económico o victimización secundaria. Buenos Aires, *Trabajo presentado en V Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XII Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P.*
- Gerez Ambertín, M. (2003). La intervención jurídica en los casos de incesto paterno-filial. En *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Aportes de Investigación en Psicología*, (2003, agosto, 14, 15). Tomo II. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Goldberg, D.; Kuitca, M. (1995). *Maltrato infantil* (cap. VI). Buenos Aires: Ed. Urbano.
- Grossman, C.; Mesterman, S. (1998). *Maltrato al menor. El lado oscuro de la escena familiar*. Buenos Aires: Ed. Universidad.
- Intebi, I. (1998). *Abuso sexual en las mejores familias*. Buenos Aires: Ed. Granica.



Lamberti, S.; Sánchez, A.; Viar, J. (comp.) (2003). *Violencia familiar y abuso sexual*. Buenos Aires: Ed. Universidad.

Lamberti, S. (comp.) (2003). *Maltrato Infantil. Riesgos del compromiso profesional*. Buenos Aires: Ed. Universidad.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV. (1995). Barcelona: Ed. Masson.

Manzanero, A. L. (1997). Evaluando el testimonio de menores testigos y víctimas de abuso sexual. *Anuario de psicología jurídica, volumen VI, 13-34*. Madrid.

Miotto, N. G.; Ruiz, R. H. (1993). Disfunción familiar y abuso sexual en menores. *XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología. (S.I.P.). Santiago de Chile*.

Miotto, N. G. (2001). Abuso sexual de menores, daño psíquico en el fuero penal. Buenos Aires, *Trabajo presentado en V Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XII Jornadas Nacionales de A.D.E.I.P.*

Miotto, N. G. (2001, agosto). Abuso sexual. Relación entre maltrato familiar e inadaptación infanto juvenil. *Revista actualidad psicológica, Nº 289, Año XXVI, 15-17*.

Montes, G. (2001). *¿De qué hablamos cuando hablamos de derechos?. Convención sobre los Derechos del Niño*. Argentina: Unicef.

Perez, E. y col. (2003). Los derechos del niño y la ley: un estudio exploratorio. En *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Aportes de Investigación en Psicología*, (2003,

agosto, 14, 15). *Tomo I*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Perrone, R.; Nannini, M. (1997). *Violencia y abuso sexuales en la familia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Rozanski, C. A. (2003). *Abuso sexual infantil. ¿Denunciar o silenciar?*. Buenos Aires: Ed. Ediciones B, grupo zeta.

Salas, M. y col. Los niños ante el riesgo de abuso sexual. En *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, Educación, Justicia y Trabajo. Aportes de Investigación en Psicología*, (2003, agosto, 14, 15). *Tomo II*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Sanz, D.; Molina, D. (1999). *Violencia y abuso en la familia (cap. II; III)*. Buenos Aires: Ed. Lumen Humanitas.

Save The Children. (1998, mayo). Abuso sexual infantil. [File://A:informe de save the children. htm](#).

Summit, R. (s/f). Comentarios sobre el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. En Intebi, I.(s/f). *Revista temas de maltrato infantil, N° I*. Buenos Aires: Ed. Familias del Nuevo Siglo.

Tesone, J. E. (1984). Entorno al niño maltratado físicamente. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires, volumen XXVI, N°111*.

Tesone, J. E. (1998, octubre 22, 23, 24). ¿Será cierto lo que dice?. Valoración del discurso de los niños y de los adolescentes en caso de revelación de abuso sexual. *II Congreso Nacional y IX Jornadas de A.D.E.I.P.* Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe. Publicado en: Abreletras (1999) U.N.L.P.: Ed. De la campana.

Volnovich, J. (1999). *Los cómplices del silencio. Infancia, subjetividad y prácticas institucionales*. Buenos Aires: Ed. Lumen Humanitas.

Volnovich, J. (comp.) (2002). *Abuso sexual en la infancia*. Buenos Aires - Mexico: Ed. Lumen Humanitas.

Páginas de internet:

www.acheronta.org

www.inmedsuc.com/revista/115 e-mail: revista@inmedsuc.com

www.lacapitalnet

www.página12web

www.savethechildren.es/org.htm.

www.web.jet.es/amsalud/incesto/ieuitar.html.

www2.cronica.com.ar/article/articleheaderlist/20/