

Sobre el abuso sexual infantil: a propósito de un caso

Una mirada desde el primer nivel de atención en Salud Mental

Autora

Mercedes Pazos

Médico Psiquiatra Infantil. Prof. Adj. de Salud Mental en la Comunidad, Facultad de Medicina, UDELAR.

Correspondencia:
mepazos@adinet.com.uy

Resumen

A partir del caso de una niña víctima de abuso sexual, se muestra una propuesta de abordaje a esta problemática de alta incidencia, de diagnóstico difícil y graves repercusiones tanto inmediatas como alejadas en el individuo y su contexto. Se describe algunas características psicopatológicas, opacidades en la certidumbre diagnóstica, aspectos del enfoque terapéutico en psiquiatría infantil, integrando un equipo multidisciplinario con inserción en la comunidad.

A partir del material clínico se presenta algunas reflexiones sobre la compleja génesis del abuso sexual y sus consecuencias, con su impacto fundamentalmente sobre la subjetividad del niño y sus vínculos. Se destaca la importancia de escuchar al niño en sus distintas formas de expresión, las posibilidades de intervención en un psiquismo plástico, flexible, y de contribuir a modificar relaciones significativas para el niño.

Pensamos que la circulación y el intercambio sobre el tema del abuso sexual infantil en los ámbitos científicos, académicos y sociales puede contribuir al desarrollo de actividades de prevención, a la detección precoz, articulación de intervenciones, evitando la revictimización del niño y habilitando su mejor desarrollo en forma acorde a sus derechos.

Palabras clave

*Abuso sexual infantil
Abordaje en Psiquiatría Infantil
Equipo interdisciplinario*

Summary

Starting from a case of a girl who was victim of sexual abuse, a suggestion for the assessment of this problem is made, considering its high incidence, its difficult diagnosis, and its severe immediate and long term consequences on the individual and his context. Some psychopathologic features are described, as well as opacities in diagnostic certainty, and aspects regarding therapeutic assessment in child psychiatry, as part of a multi-disciplinary team within the community.

From the clinical material, reflections are made about the complex genesis of sexual abuse and its consequences, with a major impact on the child's subjectivity and on his bonds. The importance of listening to the child is highlighted, and also the possibilities of intervention in a plastic and flexible psyche, contributing to a change in significant relationships for the child.

The authors think that diffusion and interchange about sexual abuse in the scientific, academic and social scopes can contribute to the development of prevention actions, early detection, and intervention coordination, avoiding the child's re-victimization, and enabling his better development according to his rights.

Key words

*Child sexual abuse
Assessment in Child Psychiatry
Inter-disciplinary team*

Introducción

El abuso sexual es un trastorno emergente en las consultas de Servicios de Salud. Se lo considera un subtipo de maltrato infantil donde fundamentalmente predomina el impacto sobre la subjetividad, más que las lesiones físicas. La severidad del abuso puede evaluarse por los daños físicos pero sobre todo psíquicos, que perturban el desarrollo afectivo, moral y social del niño y su familia, con secuelas graves y riesgos evolutivos a largo plazo. Algunas de estas consecuencias son comunes a los otros tipos de maltrato infantil, y otras son específicas de los niños abusados, como alteraciones patológicas del comportamiento sexual e identidad de género¹.

El abuso sexual infantil se define como la utilización de un niño como objeto de gratificación de las necesidades o deseos sexuales de un adulto. Abarca toda actividad sexual impuesta a un menor, realizada desde una posición de poder sobre la víctima, quien por su nivel de desarrollo no siempre está en condiciones de comprender lo inapropiado de esta actividad². El abuso sexual infantil se encuentra en todos los medios socioeconómicos y culturales, asociado frecuentemente a la pobreza y estrés económico, tendiendo a ocurrir en familias multiproblema o de riesgos múltiples, donde confluyen violencia, disfunción, aislamiento social, enfermedad mental parental³.

El abuso sexual infantil se da principalmente en el ámbito intrafamiliar (65% de casos⁴), a menudo en forma crónica y a bajo ruido, colocando al niño en situación de inermidad al subvertirse los límites intergeneracionales, los roles, la transmisión de valores, la función estructurante del individuo, la prohibición del incesto. Esta norma fundamental organiza la definición de nuestra pertenencia simbólica a un sexo y una generación, y determina *el paso de la naturaleza a la cultura* (C. Lévi-Strauss 1949^{5, 6}).

Cuando el abuso es extrafamiliar, muy frecuentemente el ofensor es un adulto ya conocido por la víctima, destacándose entonces la importancia de evaluar y tratar con profundidad los aspectos vulnerables del niño que pueden estar en juego, de riesgo o ligados directamente al abuso.

El médico debe ser capaz de sospechar el abuso sexual infantil ante determinadas constelaciones sindromáticas muy diversas, que pueden incluir síntomas de ansiedad, disociativos, depresivos, histéricos, conductuales, quejas somáticas, dificultades en el aprendizaje, no existiendo un síndrome patognomónico de abuso sexual infantil. Son evocadoras ciertas características del vínculo niño-adulto con erotización, sumisión, contacto inadecuado con excesiva proximidad, intereses o conocimientos sexuales inapropiados^{7, 8}.

Caso clínico

María es una niña de 7 años, que concurría asiduamente a consulta Pediátrica en una Policlínica comunitaria, desde su nacimiento, para control de crecimiento y desarrollo. Su madre también la llevaba por síntomas banales, detectando entonces la pediatra tratante una situación de violencia doméstica, de parte del padre hacia la madre de María, quien mantuvo sus condiciones de vida familiar y nunca realizó denuncia formal de tal situación, y a quien se le brindó apoyo y asesoramiento.

Hace pocos meses la madre consulta a la pediatra, ante la aparición en su hija de flujo vaginal con prurito y ardor, por lo que se solicita exudado vaginal. Al constatarse infección por gonococo la niña es enviada a hospital e internada para estudio de probable abuso sexual, donde se investiga el germen en familiares con resultado negativo; ellos niegan la eventualidad de abuso sexual tanto intra

como extrafamiliar. La intervención judicial determina que a partir del alta hospitalaria la niña quede a cargo de una tía, pese a lo cual María continúa viviendo con su familia integrada por ambos padres y dos hermanos (de 8 y 3 años).

La niña es derivada para seguimiento a la consulta de Salud Mental en la Policlínica comunitaria. Tanto María como los padres continúan negando rotundamente un posible abuso sexual y la presencia de cualquier síntoma que pudiera preocuparles o motivar la consulta, excepto una inflexión en el rendimiento escolar, siendo el año anterior muy buena alumna. En la entrevista, sin embargo, la niña se muestra muy alerta, ansiosa, controlada, vigilante sobre su entorno, restregándose las manos sudorosas, pendiente del registro de la historia clínica. María participa poco, solo cuando se le requiere; adhiere dócilmente a la propuesta de seguimiento. No dibuja, arruga la hoja que tiene delante. Se evidencia una marcada discordancia entre la anamnesis, negativa, y el examen psiquiátrico donde María presenta un sufrimiento ansioso muy importante, que posiblemente esté inhibiendo sus capacidades cognitivas y su actividad espontánea, interfiriendo con el juego, el aprendizaje, la alegría de vivir y la globalidad de su desarrollo emocional y social.

Los planteos diagnósticos son: abuso sexual infantil, elementos de ansiedad y depresivos, en una niña inteligente con un buen bagaje instrumental, sin otros elementos psicopatológicos a destacar; disfunción familiar, problemas legales, probable violencia doméstica actual. Se propone tomar a cargo a la niña en un seguimiento psiquiátrico incluyendo a su familia, con entrevistas con María y con sus padres, por separado y en forma conjunta; y la evaluación de los hermanos.

Al principio del seguimiento sus producciones verbales y gráficas son muy pobres, dibuja figuras humanas como fosforitos sin rasgos distintivos de género. A medida que trans-

curren las consultas terapéuticas comienza a desarrollarse una relación de confianza, donde María puede entrar sola al consultorio, empieza a sentirse cómoda, disminuyen los síntomas de ansiedad, quiere quedarse una vez finalizada la entrevista. Se despliega un espacio para la palabra, para el juego. La niña puede entonces verbalizar aspectos “secretos” de la vida doméstica, actividades privadas en su hogar donde ella se disfraza de cantante, maquillada, baila sobre un escenario con luces y sonido, se toman fotografías que ella no nos puede mostrar. Es una fiesta que ella disfruta, pero que es cerrada para la familia, que no se comparte con otros ni permite exteriorizaciones: “Mi padre baila conmigo, en casa, no le gusta que lo vean”. María también cuenta sobre su relación con su hermano mayor, signada por el poder, el control: “A él no le gusta que me vea nadie bailando, sólo él y mi padre”; el sometimiento: “Él siempre me manda, yo le tiendo la cama, le sirvo la comida, le hago los deberes”; la dependencia y la violencia física. El canje de favores entre hermanos implica aspectos erotizados y de intenso contacto físico: el juego de cosquillas o golpes, el colecho, el lavado de la ropa interior; en un sistema cerrado de vínculos donde los límites de uno y otro se confunden, se juegan roles adultos, de pareja y el espacio personal pierde intimidad, privacidad y pudor.

A las pocas semanas ya María comienza a cuestionarse, aparece la vergüenza, la crítica y el rechazo de estas actividades intrafamiliares “privadas”, reservadas, que debe ocultar; empieza a modificar el patrón relacional con su hermano mayor, reclama un cuarto propio y separación por sexos: “los varones con los varones”. Pide que coloquen una traba en su puerta, expresión simbólica de su necesidad de espacio personal, privado, de protección, de autonomía, de límites, de ley ordenadora. Si bien no revela aún la situación de abuso, sus competencias se despliegan, investiga, juega, aprende, intercambia, su grafía se hace más clara y organizada. Se expresa con mayor

riqueza, incluyendo aspectos de su subjetividad, desplegando fantasías, integrando la posibilidad de enojarse, poner límites, defenderse, disfrutar, amar. Realiza dibujos con detalles, reconociendo las diferencias entre las generaciones y los sexos; se interroga sobre las distintas relaciones humanas, lazos de sangre, lazos de pareja. Se puede decir que comienza a gestarse un nuevo orden en su psiquismo, que incide en su forma de vincularse con sus familiares y su contexto, que puede revertir sus condiciones de vulnerabilidad al ponerla en contacto con sus potencialidades y fortalezas, para abandonar la posición de inermidad y dependencia.

Durante el seguimiento se entrevistó también a los padres y hermanos de María, y se trabajó fundamentalmente con la madre de María a solas. Ella demanda atención, se muestra sometida a la opinión de su pareja, no se cuestiona lo sucedido con su hija, alega un error del sistema sanitario y judicial. Justifica la violencia física que sufre crónicamente, e idealiza la relación del padre con los niños: “Es un buen padre y nunca les deja faltar nada”. Desarrolla sobre todo una relación de confianza con la Trabajadora Social del equipo de salud, a quien refiere haber sido ella misma víctima de abuso sexual en su niñez, por parte de su padrastro, lo que nunca denunció. Se manifiesta así la frecuente repetición transgeneracional de la situación traumática no elaborada.

Se trabajó con la madre de María, sobre su biografía, sus fortalezas, autoestima, posibilidades de inserción laboral, su dependencia.

A partir de las consultas con madre e hija, la apertura de lo privado en el ámbito público, y la continuidad del seguimiento a esta familia, los cambios en el psiquismo de María y en su madre operan una transformación trascendente a nivel familiar. La madre comienza a asumir un papel más activo y protagónico, y poco después decide la separación de su pareja, restablece sus redes de apoyo familiar, puede

comenzar a cuestionarse el sometimiento y la apatía; e intenta una solución laboral independiente, y proporciona así un nuevo modelo identificatorio para María.

La propuesta de abordaje terapéutico multimodal incluye la coordinación de acciones con la Peditra y Trabajadora Social del equipo, el contacto con la Escuela, la comunicación con la Sede Judicial para informar sobre la situación y el plan de tratamiento: Y se solicita que se disponga la obligatoriedad de un seguimiento estricto de María y sus hermanos, teniendo en cuenta que es muy probable que el hermano de 8 años también haya sido abusado.

Comentarios

En este caso se puede ver algunos de los aspectos que hacen difícil la evaluación y abordaje del abuso sexual. En cuanto a la certeza del diagnóstico, la presencia en María del germen de transmisión sexual *Neisseria gonorrhoeae* ya es prácticamente confirmatoria para algunos autores⁹, aunque no nos brinda la certeza absoluta en cuanto que la vía de contagio deba ser sexual*. Por otra parte, la anamnesis y la investigación bacteriológica negativa en los probables victimarios dejan lugar a actitudes querellantes como la del padre de María, quien plantea violentamente que “todo esto es un error”; o a intervenciones lentas y desarticuladas, donde la internación prolongada y la multiplicidad de técnicos intervinientes pueden venir a reforzar iatrogénicamente el pacto de silencio y el funcionamiento familiar cohesivo, y obtener las posibilidades de expresarse de la niña¹⁰.

En esta situación concreta, sin embargo, aun en ausencia del germen, la disfunción familiar, la realización de actividades privadas que imponen secretos a María y las relaciones rígidas de coerción, violencia y sometimiento,

* En otras situaciones, por el contrario, errores de laboratorio pueden dar lugar a indagaciones por probable abuso sexual con el riesgo de daño sobreagregado a la supuesta víctima y su núcleo familiar.

implican de todos modos la existencia de abuso y los consiguientes efectos desubjetivantes sobre la niña, y la necesidad de implementar medidas de protección y tratamiento.

En otros casos donde no se hallan síntomas (hasta en un tercio de casos^{3,7}), lesiones (objetivables en un escaso 5% de las consultas por abuso¹¹ y hasta en un 23 a 45% de los niños con abuso confirmado¹²), o gérmenes de transmisión sexual (presentes solamente en un 5% de los abusados⁹), puede ser mucho más difícil diagnosticar el abuso sexual, arraigado en perturbaciones de los vínculos intrafamiliares¹³, que el niño puede sufrir aun sin tener conciencia de ser abusado. Es necesario tener presente e investigar la posibilidad de abuso sexual, ya que “no se puede encontrar lo que no se busca”; esto implica el poder cuestionarnos sobre el dogma de la infalibilidad del amor entre padres e hijos¹⁴. Hay que tener en cuenta, además, el impacto del abuso sexual en el equipo de salud, que moviliza aspectos contrarreferenciales que deben ser trabajados y elaborados para no ser actuados.

En la mayoría de los abusos intrafamiliares, sin la confirmación lesional, bacteriológica, o la denuncia del niño implicando al victimario, con la información evocadora y la evaluación clínica el diagnóstico se basa en la “certeza razonable” o “íntima convicción”¹⁵ del psiquiatra infantil. La mayoría de los abusos sexuales nunca son reportados. Datos de estudios retrospectivos informan que alrededor de un 40% de las mujeres ha experimentado contacto sexual con un adulto durante su niñez, y sugieren que solamente el 2% de los abusos intrafamiliares y el 6% de los extrafamiliares son reportados a los servicios de protección infantil¹⁶.

Tengamos en cuenta que la palabra infante (infans) significa “el/la que no tiene voz”¹⁷, y que el niño comienza a ser amparado

legalmente recién en el siglo XX, a partir de la Declaración de Ginebra de 1924, reconociéndosele un estatuto especial en cuanto a sus derechos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño en 1989. Nuestra nueva Ley 17.514 (de Prevención, Detección Temprana, Atención y Erradicación de la Violencia Doméstica, del año 2002) y el Código de la Niñez y Adolescencia (Ley 17.823, de 2004), establecen la protección a la infancia violentada como una prioridad de las políticas públicas. En consecuencia, la detección de riesgo, el diagnóstico precoz y el desarrollo de intervenciones adecuadas están en aumento y deben formar parte de la tarea de todos los actores del sistema de salud¹⁸.

Las intervenciones en cada caso deben ser articuladas teniendo como premisas básicas el trabajo en equipo interdisciplinario, la privacidad, confidencialidad, evitar reinterrogar y revictimizar^{*,19} al niño, y el establecimiento inmediato de redes intra e interinstitucionales. La coordinación de los recursos en referencia y contrarreferencia de los distintos niveles de atención de salud y la indispensable intervención judicial, aseguran posibilidades de seguimiento a largo plazo y oportunidades de rehabilitación para el victimario. Si el niño es escuchado y eficazmente ayudado¹⁷, se lo habilita a procesar el traumatismo psíquico y a desarrollar mecanismos que eviten ulteriores abusos, frecuente en las institucionalizaciones a menudo inevitables. Pensamos que nuestros mayores esfuerzos deben estar orientados hacia el interés superior del niño²⁰, a fortalecerlo, promover su resiliencia, habilidades para la vida, y ayudarlo a desarrollar estrategias para vincularse, donde pueda ser un sujeto saludable con autonomía y libertad en sus vínculos.

* En Uruguay hay experiencia en la utilización de herramientas de validación de la declaración del niño sobre el abuso. El Statement Validity Analysis (SVA) es un instrumento científico sistematizado, de uso multicéntrico en varios países, diseñado para recabar y respaldar información desde la primera entrevista clínica con el niño, a través de etapas progresivas, pautadas en un clima de confianza y respeto. Creemos que, a través de este tipo de protocolos, es posible y necesario pautar el algoritmo de abordaje del abuso sexual desde el contacto inicial con el niño, de modo de lograr intervenciones coordinadas, consensuadas y sistematizadas, mejorando el proceso diagnóstico y evitando la multiplicidad de técnicos y entrevistas, y la consecuente victimización secundaria.

Referencias bibliográficas

1. **Green AH.** The impact of Physical, Sexual and Emotional Abuse. In: Noshpitz JD. Handbook of Children and Adolescent Psychiatry. New York: John Wiley & Sons; 1997, pp. 202-212.
2. **Cicchetti D, Toth SL.** A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34(5):541-565.
3. American Academy of Children and Adolescent Psychiatry. Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents who May Have Been Physically or Sexually Abused. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(10):37S-56S.
4. **Bellinzona G, Decuadro M, Charczewski G, Rubio I.** Maltrato infantil y abuso sexual. Rev Med Uruguay 2005; 21:59-67.
5. **Lebovici S.** El incesto. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Biblioteca Nueva; 1993, pp. 225-232.
6. **Viñar MN.** Notas sobre la prohibición del incesto. En: Achugar H y cols. Antiguos crímenes. Edipo, Narciso, Caín. Montevideo: Trilce; 1994, pp. 17-29.
7. **Haesevoets YH.** L'enfant victime d'inceste: symptomatologie spécifique ou aspécifique? (Essai de conceptualisation clinique). Psychiatrie de l'enfant 1997; 40:87-119.
8. **Green AH.** Child Sexual Abuse: Immediate and Long-Term Effects and Intervention. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32(5):890-902.
9. American Academy of Pediatrics. Red Book. 27 ed. Illinois: Panamericana; 2006, pp. 301-309.
10. **Capacete L.** Intervenciones iatrogénicas en los casos de abuso sexual. En: Psicoanálisis y el Hospital. Iatrogenia. Efectos negativos de una intervención. Publicación semestral de Practicantes en Instituciones Hospitalarias. Año 11, N° 21. Buenos Aires: Ediciones del Seminario; 2002, 187 pp.
11. **Almonte C, Insunza C, Ruiz C.** Abuso sexual en niños y adolescentes de ambos sexos. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40(1):22-30.
12. **Loureiro RZ.** Lo que pasa en casa. De la violencia que no se habla. 2da. ed. Montevideo: Psicolibros; 2005, 229 pp.
13. **Razon L.** Les racines d'un inceste annoncé. Psychiatrie de l'enfant 1997; 40:65-86.
14. **Kreisler L.** Los niños víctimas de malos tratos. En: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Biblioteca Nueva; 1993, pp. 73-92.
15. **Hayez JY, De Becker E.** Abus sexuel sur mineurs d'âge. Encycl Méd Chir Psychiatrie, 1999; 37-204-H-10, 5 pp.
16. **Green AH.** Child sexual abuse and incest. In: Lewis M. Child and adolescent Psychiatry. A comprehensive textbook. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996, pp. 1041-1048.
17. **Hamed A.** Infancia: hipotecando el porvenir. [En línea]. La Guía del Mundo. Montevideo: Instituto del Tercer Mundo. www.henciclopedia.org/autores/Laguia-del-mundo/Infancia.htm Consulta: 10 ene 07.
18. **González-Molina J.** Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. Rev Med Uruguay 2002; 18:192-197.
19. **Cherro M.** Cuidado con los abusos en el abuso. Rev Urug de Gine Inf y Adol 2006; 6 (1):10-16.

20. Asociación Médica Mundial. Declaración de Ottawa. [En línea]. Ottawa: WMA. <http://www.bioeticaweb.com/content/view/888/43>. Consulta: 9 ene 2007.
9. **Kempe RS, Kempe CH.** The Common Secret Sexual Abuse of Children and Adolescent. New York: WH Freeman; 1984, 284 pp.

10. **Kempe RS, Kempe CH.** Niños maltratados. 3° ed. Madrid: Morata; 1985, 230 pp.

11. **Martínez Roig A.** Maltrato Institucional. En: Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez MC. Niños maltratados. Díaz de Santos. 1997: 257-261.

12. **Martínez Roig A, Ochotorena J de P.** Maltrato y Abandono en la Infancia. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Serie Salud 2000. Barcelona: Martínez Roca; 1993, 174 pp.

13. **Osofsky J.** Efectos de la Violencia sobre los Niños. Montevideo: Gega; 2000, 80 pp.

14. **Pena M de, Gentile I, Estable B.** Los niños en situación de maltrato: Abordaje, diagnóstico y tratamiento. En: La salud en la infancia y adolescencia. Aportes para una cobertura integral. Montevideo: Arena; 2000, pp. 167-172.

15. **Poole DA & Lamb ME.** Investigative Interviews of Children. American Psychology Assoc. 3rd ed. Washington DC: 2002, 295 pp.

16. **Rodríguez H.** Abuso sexual en niños: enfoque medicolegal. En: La Salud en la infancia y adolescencia. Aportes para una cobertura integral. Montevideo: Arena; 2000, pp. 141-149.

17. **Viola L.** El niño en la violencia intrafamiliar. En: Violencia Familiar. Un abordaje desde la interdisciplinariedad. Programa de Seguridad Ciudadana. Ministerio del Interior. Universidad de la República. 2da. ed. Montevideo: Impresora Salto; 2002, pp. 263-303.

Bibliografía de consulta

1. **Balbela B.** Las mil caras ocultas del abuso sexual. En: El niño de hoy. Los menores en el Uruguay. Montevideo: Junta Dptal. de Mdeo., 1991: 64-67.

2. **Carter-Lourenz JH, Jonson-Powell G.** Abuso físico y sexual y negligencia. En: Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. Vol 3. 6ta ed. Buenos Aires: Intermédica; 1997, pp. 2385-2401.

3. **Curbelo C, Pena M de.** Maltrato Infantil: marco teórico. En: La salud en la infancia y adolescencia. Aportes para una cobertura integral. Montevideo: Arena; 2000, pp. 151-165.

4. **Gentile I.** Los niños castigados. En: Puericultura y Pediatría Social. 2da. ed. Montevideo: Médica; 1988, pp. 489-517.

5. **Gentile I.** Los niños solos. Montevideo: Médica; 1989, 169 pp.

6. **Hayez J-Y, De Becker E.** L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille: évaluation et traitement; PUF, 1997, 301 pp.

7. **Joshi PT, Salpekar JA, Daniolos PT.** Abuso Sexual Infantil. En: JM Wiener & MK Dulcan. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Barcelona: Masson; 2006, pp. 863-877.

8. **Kaplan SJ, Pelcovitz D.** Child Abuse. Child and Adolescent Clinics of North America 1994; 3(4):645-893.