

2017

Detección de indicadores de abuso sexual infantil. Experiencias de terapistas ocupacionales en el marco de los centros de atención primaria de la salud

Ferrarotti, Ana Marcela

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/212>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud

y Trabajo Social

Carrera de Posgrado:

“Especialización en Violencia Familiar”

Segunda cohorte

Detección de indicadores de abuso sexual infantil. Experiencias de terapeutas ocupacionales en el marco de los centros de atención primaria de la salud

DIRECTORA: Esp. Lic. Alicia Echarri

ASESORA METODOLOGICA: Lic. Alejandra Campisi

ALUMNA: Lic. Ana Marcela Ferrarotti

AÑO: 2017

Agradecimientos

Este trabajo está dedicado a cada uno de los niños y niñas que he conocido en mi práctica profesional y que confiaron en mi para develar su “secreto” y para aquellos que de alguna manera intentaron decirlo... ellos me impulsaron a realizar esta Carrera de Especialización.

A mi Directora Especialista en Violencia Intrafamiliar Lic. Alicia Echarri, y a mi Asesora Metodológica y amiga Alejandra Campisi, a ambas por la generosidad de su tiempo y su conocimiento, también por su calidez y sencillez.

A las queridas colegas que participaron en la entrevista de forma espontánea y generosa, en una temática que es movilizadora y muy comprometida. Por reserva de identidad no se expusieron sus nombres en este trabajo pero ellas saben quiénes son en el sentido amplio de la palabra... profesionales comprometidas con su práctica, grandes personas y generosas con su experiencia.

A mi amiga María Eugenia Archilla (Geni) con quien realizamos esta Carrera, transitamos muchos momentos de la vida y también nos apoyamos en la realización del Trabajo Final, esto nos permitió llegar a esta instancia, el apoyo mutuo nos trajo a estar hoy aquí...finalizando la Carrera de Especialización en Violencia Intrafamiliar.

A mis afectos más grandes, mi familia, porque cuando uno dedica mucho tiempo a algo... sin duda se lo está quitando a otro u otros. De alguna manera ellos también se han visto enriquecidos con los conocimientos adquiridos en esta Carrera, en la comunicación y transmisión de lo que aprendí.

Índice

Agradecimientos	1
Introducción	4
Estado de la Cuestión	10
Marco Teórico	
- Definición de Maltrato Infantil y sus formas.....	15
- Abuso sexual infantil.....	19
- Impacto del ASI sobre el desarrollo infantil	
Cambios neurobiológicos del ASI.....	19
Trastornos disociativos, apego desorganizado y ASI...26	
Trastorno Traumático del Desarrollo.....	28
- Indicadores específicos e inespecíficos de ASI.....,	30
- Prevalencia.....	34
- Detección.....	38
- Factores de riesgo y de protección.....	40
- Detección desde Terapia Ocupacional.....	43

Aspectos metodológicos

- Historia Natural de la Investigación.....46
- Problema.....48
- Objetivo general.....48
- Objetivos específicos.....48
- Técnica de relevamiento.....49
- Población.....50

Análisis de los datos

- La dinámica de admisión y motivo de derivación.....52
- Las herramientas con que cuenta la Terapia Ocupacional
en esta temática.....57
- La vivencia de la profesional frente a la detección
de signos o síntoma de ASI.....60
- La formación de grado recibida al respecto.....62
- La casuística dentro del ámbito de TO.....64

Conclusión.....65

Bibliografía.....68

Glosario.....76

Anexo.....80

“No es raro descubrir el abuso sexual de forma casual o cuando se consulta por un motivo aparentemente ajeno”

(Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000: 112)

Introducción

Como terapeuta ocupacional (TO) me desempeño dentro del Programa Integral del Desarrollo Infantil (PIDI), en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dependiente de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón (MGP). Mi trabajo está dirigido a la prevención, detección y atención en población infantil de aquellos factores que afecten el desarrollo de los/as niños/as particularmente en la franja de 0 a 6 años de edad.

El PIDI es un Programa de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, que promueve el trabajo articulado de los dispositivos existentes en la comunidad para promover el crecimiento y desarrollo saludable de todos los niños de 0 a 6 años y de mujeres embarazadas y puérperas del Partido de Gral. Pueyrredón. Articula a nivel Municipal los programas dependientes de las Secretarías de Salud, Desarrollo Social y Cultura, con el nivel Provincial (HIEMI e HIGA) y el Nacional con los Programas Remediar, Plan Nacer, Salud Sexual y Procreación Responsable, Asignación Universal por hijo y Embarazada¹

¹ Información sobre los Programas en www.mardelplata.gob.ar

La mayoría de los/as niños/as que se encuentran en tratamiento presentan algún grado de retraso madurativo, frecuentemente con compromiso del lenguaje y en ocasiones también de la comunicación.

La atención de niños/as supone un gran desafío ya que implica trabajar con una población que en muchos casos, aún no posee lenguaje o el mismo no es claro, posee grafismos rudimentarios, y escaso o nulo juego simbólico.

Gran parte de los/as niños/as que atendemos presentan una demora en la adquisición de las pautas madurativas con respecto a su edad cronológica. Conocemos la policausalidad del retraso global del desarrollo (RGD) y generalmente nos debatimos en la distribución entre el peso de la genética y del ambiente.

Dentro de las condiciones del ambiente se encuentran las prácticas de crianza, que se definen como el conjunto de acciones de atención dirigidas a los niños, basadas en patrones culturales, creencias personales, conocimientos adquiridos y posibilidades fácticas que presentan los dadores de cuidado (Rodrigo, A., Ortale, S., Sanjurjo, A., Vojkovic, M., & Piovani, J., 2006, p.204)

Hay prácticas de crianza que favorecen el desarrollo saludable de los niños y niñas, pero también hay contextos que proveen escaso estímulo y otros que son inadecuados o perjudiciales para dicho desarrollo saludable.

Hay niños/as que son derivados porque no aprenden, porque presentan dificultades para relacionarse en el jardín con sus pares, porque presentan conductas disruptivas, etc.

Sabemos que el abuso sexual infantil (en adelante ASI), tiene un fuerte impacto en el Desarrollo Infantil y en las diferentes áreas del mismo. Como refiere la Dra. Berlinerblau:

“Se describe que el abuso sexual infantil tiene un efecto deteriorante global inespecífico en el ámbito cognitivo, afectivo, sexual y conductual del menor de edad”.

(Berlinerblau, V., 2014, p. 2)

Por otra parte, la problemática del abuso sexual infantil constituye una de las formas más graves de vulneración de derechos humanos de niños, niñas y adolescentes.

¿Causa o consecuencia?

No sabemos si el retraso que observamos puede ser secundario a un padecimiento como el ASI pero sí estamos seguros que *es un factor de riesgo* para sufrirlo. Esto debe ya colocarnos en alerta.

En lo que respecta a maltrato infantil (MI) y ASI se han descrito factores de riesgo y de protección²

Algunos factores de riesgo habituales relacionados con el maltrato infantil.

Relacionados con el/la niño/a: - Nacimiento prematuro, anomalías en el nacimiento, bajo peso al nacer, exposición a toxinas en el útero - Temperamento: dificultad o lentitud para responder - Discapacidad física/cognitiva/emocional, enfermedad grave o crónica - Trauma en la infancia - Comportamiento antisocial hacia sus iguales - Edad - Agresividad infantil, problemas de conducta, déficit de atención

Algunos factores habituales de protección Relacionados con el/la niño/a: Buena salud, historia de un desarrollo adecuado - Inteligencia superior a la media - Pasatiempos, intereses, práctica de deportes - Buenas relaciones con los compañeros - Factores de personalidad, como el temperamento fácil, disposición positiva, estilo de afrontamiento activo, buenas habilidades sociales.

Los factores de riesgo para MI y/o ASI coinciden con las características de la población en atención con TO de los CAPS.

² Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil. ChildONEurope Serie 1. 2007. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.msps.es/productos/docs/recogidaDatosMaltratoInfantil>.

Hay múltiples estudios que demuestran los cambios neurobiológicos que repercuten en el desarrollo tanto a corto como a largo plazo. Entre los cambios estructurales destacan alteraciones en el hipocampo, la amígdala, las estructuras cerebelares, el cuerpo calloso y el córtex cerebral. Funcionalmente, se observan secuelas cognitivas, altos niveles de estrés psicosocial, dificultades conductuales y problemas sociales, que se asocian con diversas psicopatologías. Estas alteraciones están moduladas por diversas variables, como el tipo o los diversos tipos de maltrato, las características propias de cada niño/a, las condiciones ambientales generales, etc. (Mesa-Gresa, P. - Moya-Albiol, L., 2011, p.289)

El temor a no percibir situaciones de maltrato y/o abuso, y desconocer cuál es el proceder más adecuado, me impulsó a realizar la Carrera de Especialización en violencia intrafamiliar, y posteriormente a elegir este tema de investigación, específicamente sobre ASI, surgiendo en mí varios interrogantes:

¿Cómo terapeutas ocupacionales, cuál es nuestra posibilidad de detección de indicadores de abuso sexual infantil? ¿Con que herramientas contamos? ¿Cuánta formación poseemos para hacerlo?

Recabar información de mis colegas, en cuanto a sus experiencias en la detección de situaciones de probable abuso sexual entre la población que atienden en los CAPS podía comenzar a responder estos interrogantes.

Desde mi experiencia personal, he observado que en el transcurrir del tratamiento pueden surgir conductas que alertan sobre una posible situación de ASI, y en alguna ocasión, el espacio de confianza y/o las situaciones lúdicas del espacio terapéutico facilitan la develación del “secreto”. Utilizo el término “secreto” entrecomillado, como sinónimo del abuso, dado que éste siempre conlleva un componente de secreto, que es imprescindible para mantener su impunidad, como refieren Poliakoff y Sanahuja (2013, p.83).

En los CAPS, ante la sospecha y los primeros indicadores de ASI, se realiza interconsulta con los profesionales de Psicología. En ocasiones, surge como un “hallazgo” cuando el motivo de derivación y las entrevistas con los progenitores estaban dirigidos hacia otras problemáticas. También ocurre, que las inquietudes parentales no coincidan con las preocupaciones de los profesionales que atendemos a los niños o niñas.

Cuando la sospecha de ASI ya es traída como motivo de consulta por parte del adulto que llega a la admisión, ese/a niño/a ya ingresa a evaluación con Psicología. En estos casos, puede recibir tratamiento desde TO por las áreas comprometidas en el desarrollo, y existir un registro más minucioso de observaciones durante las actividades propias de TO que pongan de manifiesto la ocurrencia de estos hechos y que se sumen al informe interdisciplinario a la hora de realizar la denuncia frente al organismo de justicia.

El terreno de la detección temprana de situaciones de ASÍ en niños/as demanda estar preparados y atentos para proceder de la forma más adecuada, evitando la revictimización. “Temprano” en el sentido de detectarlo frente a los primeros síntomas, sabiendo que la frecuencia y duración del abuso en el tiempo también es un agravante.

Como dicen Echeburúa y Guerricaechevarría (2000):

No siempre fácil determinar la validez del testimonio de los niños, sobre todo cuando éstos son muy pequeños. Pero, en general, los niños distinguen claramente los abusos sexuales de las muestras de afecto sanas y naturales. Rara vez la fantasía del menor construye historias de este tipo fabuladas, a no ser que cuente con alguna inducción externa. Por ello es más frecuente el abuso oculto que el abuso inventado. De hecho, los niños, al sentirse avergonzados por lo ocurrido, tienden con frecuencia a mantenerlo oculto, con la dificultad generada para encontrar protección de inmediato y con el riesgo añadido de una mayor interferencia en su crecimiento afectivo y en su capacidad posterior de amar y ser amado de una forma gratificante. **De este modo, no**

es raro descubrir el abuso sexual de forma casual o cuando se consulta por un motivo aparentemente ajeno. (p. 112)

La negrita en la última oración del párrafo precedente es mía, ya que es el concepto fundante del presente trabajo.

Summit (2005) describe el Síndrome de Acomodación con sus cinco categorías: el secreto, el desamparo, el entrapamiento y la acomodación, la revelación tardía y la retractación

Es fundamental la postura de la persona que trabaja con niños/as, porque como dice el autor (Summit, 2005):

A menos que la víctima pueda contar con alguna autorización y poder para compartir el secreto y a menos que exista la posibilidad de una respuesta de compromiso, no castigadora para revelar, es muy probable que el niño se gaste toda una vida en lo que viene a ser un exilio autoimpuesto para la intimidad, la confianza y la autovalidación.

El/la niño/a debe poder confiar en los terapeutas que lo atienden, como en sus docentes para encontrar el espacio donde poder expresar si algo les estuviera ocurriendo, no importa la especialidad del adulto. También es fundamental generar signos de alarma en la madre frente a determinadas conductas dentro de la familia y una actitud receptiva hacia el/la niño/a. Sabemos que el abuso se da muchas veces dentro de un contexto de violencia doméstica, donde la mujer también es víctima y no puede estar disponible para sus hijos, Como dice Finkelhor (1984) hay una *'...creciente evidencia de que cuando las madres están inhabilitadas de algún modo, los/as niños/as son más vulnerables al abuso'* (Hume, Marie, 2003, p.1). "La ausencia, en la mayoría de las ocasiones, de un daño físico visible, así como la inexistencia de un conjunto de síntomas psicológicos que permitan su detección y

diagnóstico unívoco, ha hecho que el abuso sexual infantil sea difícil de detectar por los profesionales de la salud” (Pereda, N. Gallardo-Pujol, D, 2011, p.233).

La mayoría de los abusos sexuales no dejan lesiones físicas comprobables. Desde que ocurre el hecho hasta que se denuncia, en ocasiones, pasa mucho tiempo y los signos físicos desaparecen, en algunos tipos de abuso no hay signos físicos aunque sean sumamente humillantes.

Estado de la cuestión

Los ejes temáticos de la búsqueda bibliográfica inicial fueron: Terapia Ocupacional, detección de abuso sexual infantil. *No se hallaron artículos donde se aborde o relacione específicamente la detección de ASI con Terapia Ocupacional.*

En lo referente a ASI y TO se observan muy escasas publicaciones, hallando trabajos desde la prevención y algunos desde el tratamiento interdisciplinario.

La atención sobre el maltrato infantil en general es joven históricamente, dado que se consideraba un asunto de índole privada el trato a los niños y niñas dentro de su hogar, de esto se desprende que si la visibilización del maltrato infantil es joven, lo es más aun la visibilización del abuso sexual infantil como una de las formas de maltrato. La Academia Americana de Pediatría reconoce en el año 1961, el síndrome del niño maltratado.

La Dra. Bringiotti (s.f.), en “La Problemática del Maltrato Infantil”³, hace una reseña al respecto de la evolución de la niñez hasta su concepción actual. Remite a diversos autores

³ Dra. María Inés Bringiotti. Directora. Programa de Investigación en Infancia Maltratada – UBA – Coordinadora Programa de Actualización: Abordaje Interdisciplinario del Maltrato Infantil y la Violencia Familiar e Institucional – Filosofía y letras – UBA - Integrante de ASAPMI – Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infantojuvenil. Clase dictada en el Consejo de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, publicada en Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes.

para consultar y ampliar esta información – Badinter, 1991, en *Existe el instinto maternal?* analiza y desarrolla la evolución del “amor” maternal y el ejercicio del rol en diferentes momentos históricos; Lloyds de Mause, 1974, en su *Historia de la Infancia*, muestra en las diferentes etapas históricas las pautas de crianza y las sanciones empleadas con los/las niños/as; Ariés, 1962, en su *Centurias de Infancia* muestra cómo se construye el concepto de infancia muy tardíamente...En nuestro país, las colecciones de *Historia de la Vida privada en la Argentina* de Devoto y Madero, 1999; *Historia de las Mujeres en Argentina* de Gil Lozano, Pita e Ini, 2000; *Historia de la familia en el Río de la Plata*, Moreno, 2004, donde podemos observar la evolución en nuestros contextos.

De acuerdo a Redondo Figuero, C. y Ortiz Otero, M.R. (2005) desde hace unos 25 años, se han ido denunciando cada vez más casos y recopilando más información, de manera tal que parece haber ocurrido un aumento en la incidencia de los casos, pero algunos autores llegan a la conclusión de que no ha ocurrido tal aumento de la prevalencia, sino que simplemente se han comunicado más casos (Feldman W, Feldman E, Goodman JT, et al. citado en Redondo Figuero, 2005, p. 4). Posteriormente se observó una meseta en las publicaciones acerca del tema, e incluso cierta tendencia descendente (Jones LM, Finkelhor D, citado en Redondo Figuero, 2005, p.4).

Sobre 704 casos, del Hospital San Juan de Dios, se halló que la principal fuente de consulta o denuncia fue la madre, en un 34% de los casos. La sospecha de un profesional, principalmente el médico en un 27%, los servicios sociales en un 19%, el juzgado en un 11%, la policía en un 7,3% y otras vías en el resto de los casos. La causa del descubrimiento fue, sobre todo, por el relato del niño en el 50% de los casos, por indicios físicos en el 17%, por indicios de anomalías en el comportamiento en el 14%, por indicios sociales en el 11%, por la existencia de un ambiente de abuso en el 6% y el resto de los casos por descubrimiento en el acto (Pou J, Ruiz A, Comas L, Petitbó MD, Ibáñez M, Bassets J., 2001).

Diversos autores hacen referencia a la dificultad de detectar y de denunciar el abuso con respecto a las otras formas de maltrato.

Los datos más accesibles se obtienen retrospectivamente cuando el adulto puede hablar de las situaciones vividas en la infancia, y más aún cuando esta información se obtiene de manera anónima. Esto evidencia la indefensión de los niños y niñas para manifestar estos hechos cuando están ocurriendo. Una investigación realizada sobre población universitaria de la ciudad de Buenos Aires (Universidades Públicas y Privadas) obtuvo los siguientes resultados: para el total de la población – 2750 casos - el abuso era del 9% del total (247 casos). Corresponden al 11.9% del sexo femenino y al 6,1% del masculino (Bringiotti, M.I., Raffo, P.E., 2010).

Los trabajos hallados sobre detección y denuncia coinciden en la importancia del abordaje interdisciplinario en esta problemática, pero las profesiones mencionadas no incluyen la Terapia Ocupacional. Por lo general citan a las áreas de psicología, medicina forense, derecho y trabajo social, otros además incluyen policías y jueces (Rodríguez Cely, L. A., 2003) (Redondo Figuero, C. y Ortiz Otero, M.R., 2005).

En la Investigación epidemiológica del maltrato infantil realizado en las Escuelas Especiales (EE) de la Secretaria de educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (Bringiotti, M.I., 2005), se buscó conocer el número de niños/as que sufrían maltrato de la población de las EE de CABA (entre otros objetivos) y también relacionar los casos detectados con: el sexo, edad, tipo de discapacidad, tipo de maltrato, grado o sección y distrito escolar. El instrumento utilizado fue una cartilla entregada a cada docente y que debía responder en forma anónima. En la misma se presentaba una tipología del MI con definiciones explícitas para cada uno de los tipos incluidos en la investigación y sus correspondientes indicadores - *Maltrato físico, Abandono físico, Maltrato emocional, Abandono emocional, Abuso sexual, Trabajo del menor, Corrupción, Mendicidad,*

Participación del menor en acciones delictivas junto con su familia y Falta de control parental sobre la conducta de sus hijos. La cartilla tenía el objetivo de orientar a los docentes sobre los casos a detectar y también brindar información. De una matrícula de 3750 alumnos aproximadamente, respondieron entregando la cartilla (con o sin casos) docentes que cubren una matrícula de 2975 alumnos, es decir el 80% de la muestra. Se detectaron 337 casos de niño/as que sufrían algún tipo de maltrato en las 11 escuelas que han respondido la cartilla. Se observó una buena detección por parte de los docentes ya que en el 72% de los casos mencionados, lo hicieron con evidencia/seguridad de su ocurrencia. El 28% sospechó la posibilidad de su ocurrencia. En cuanto a la tipología de maltrato para aquellos casos en que se presenta un sólo caso con evidencia de su ocurrencia (sobre un total de 186), el ASI alcanza un 3% con cinco casos.

En este mismo trabajo se halló que la escuela de estimulación temprana sólo registró 4 casos, esto puede ser una lectura adecuada o puede ocurrir que los mismos no fueron detectados ya que son niños muy pequeños. Sin embargo los estudios realizados en otros contextos dan cuenta de una mayor ocurrencia en los más pequeños, por lo que habría que revisar dicho diagnóstico de acuerdo refiere la autora (Bringiotti, 2005).

En cuanto a tratamiento de niños que sufrieron ASI desde TO, hallé escasos trabajos, y me pareció interesante citar el siguiente, “Contribución de la Terapia Ocupacional a los niños institucionalizados víctimas de violencia sexual”, como refieren sus autores, el TO podrá utilizar actividades (expresivas, lúdicas y artísticas), favoreciendo que el/la niño/a se permita exteriorizar la experiencia vivida, ya que las actividades constituyen un “lenguaje de estructura flexible” que permite compartir experiencias y favorecer la comunicación, principalmente cuando el lenguaje verbal es insuficiente. (Pina do Santos, B., da Cunha Dantas, F., da Silva Araujo, L., Sabino Oliveira, T. y Oliveira do Rosario. P., 2010). Por otra parte los autores también mencionan los beneficios en cuanto a las mejoras de las funciones

sensoriales, motoras, cognitivas, afectivas y sociales a partir del trabajo con actividades.

Agregan, la TO no solo propicia el desarrollo sino que busca colocarse como facilitadora de la expresión y de una reelaboración del proceso vivido, contribuyendo a una mejor participación de estos niños en sus ocupaciones significativas, como el juego y el estudio.

Definición de maltrato infantil y sus formas

Definición de MI de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010); “El MI infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil”.

Definición de García Fuster y Musitu Ochoa (1993) “Cualquier daño físico o psicológico no accidental contra un niño menor de dieciséis o dieciocho años – según el régimen de cada país- ocasionado por sus padres o cuidadores, que ocurre como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales de omisión o comisión y que amenazan el desarrollo normal tanto físico como psicológico del niño”.

Tipos de maltrato, según Bringiotti, M. I. (citado por Poliakoff, S p.58)

Maltrato físico

Negligencia y abandono físico

Maltrato emocional

Negligencia y abandono emocional

Trato hostil o rechazante

Abuso sexual

Maltrato perinatal

Explotación laboral o mendicidad

Corrupción

Síndrome de Münchausen o por poderes

Abandono

Incapacidad parental para controlar las conductas de los/as niños/as

Secuestro y sustitución de identidad

Maltrato institucional

a-Maltrato físico: Cualquier acción no accidental por parte de los cuidadores o padres que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo. Las heridas reales no son tan importantes como la forma en que se producen. Todo tipo de golpes, quemaduras, fracturas, lesiones o sometimiento a condiciones dolorosas de castigo (Bringiotti, 2000).

b- Negligencia y abandono físico: Situación que se da cuando las necesidades físicas básicas (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas, educación y /o cuidados de la salud) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño (Bringiotti, 2000). Se trata de una situación crónica en las condiciones de vida, que suele empezar en fases muy tempranas y tiene efectos acumulativos limitantes sobre su potencial de desarrollo normal. Es difícil definir que existe negligencia por parte de los cuidadores, cuando hay severas carencias socioeconómicas. Sin embargo, hay situaciones que de por si constituyen negligencia y que no están causadas por la pobreza. Algunos ejemplos (Children's Bureau, 2007), de estas situaciones vinculadas con los aspectos físicos, pueden ser:

No suministrar medicaciones, vacunas o cuidados médicos cuando lo necesitan, aun siendo accesibles y estando a su disposición. Exponerlos a riesgos innecesarios.

El padre, madre o tutor no supervisan de manera crónica y en forma efectiva, si están enfermos/as, solos/as o sin el cuidado de adultos responsables por mucho tiempo.

No proporcionar alimentación adecuada, aunque los alimentos estén disponibles, no poder encontrar los modos de satisfacción de sus necesidades básicas.

Falta de una coherente y adecuada puesta de límites con el cuidado del entorno y los accidentes que pueden ocurrir a menudo.

C- Maltrato emocional: Es la hostilidad verbal y no verbal crónica, en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción y movimiento infantil (desde la evitación hasta el encierro o el confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar (Bringiotti, 2000).

D- Negligencia y abandono emocional: Es la falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisas), expresiones emocionales y conductas, procuradoras de proximidad e interacción y contacto por parte de una figura adulta estable (Bringiotti, 2000).

E-Trato hostil o rechazante: Se observa la negativa del progenitor a mostrarse sensible ante ellos. Ausencia de una sonrisa o expresión verbal, quiebre de cualquier vínculo normal y rechazo. Se producen constantes denigraciones, ridiculizaciones verbales y no verbales. Se manifiesta en el control excesivo, obligándolos a respetar limitaciones y/o sobreexigencias que son social y psicológicamente asfixiantes.

F- Abuso sexual: Se describirá en otro apartado.

G- Maltrato perinatal: Aquellas circunstancias previas, durante o inmediatamente posterior al parto que perjudican al bebé. Siempre que haya voluntariedad y negligencia. Tanto provenga de profesionales o extraños como de la madre (por ejemplo, consumo de drogas en el embarazo o lactancia).

H- Explotación laboral o mendicidad: Los padres o tutores asignan al niño/a trabajos domésticos o no, que son obligatorios y excesivos a lo habitual y que interfieren en sus actividades y necesidades, escolares y/o sociales, teniendo un beneficio económico para los adultos en cuestión (Bringiotti, 2000).

I-Corrupción: Conductas que refuerzan pautas de comportamiento antisocial o desviado, sobre todo en áreas como la sexualidad, agresividad, drogas o alcohol, iniciación en la prostitución, tráfico o comercio de drogas.

J-Síndrome de Münchausen o por poderes: Es un cuadro patológico que se da en padres, madres tutores, pero mayoritariamente en mujeres, cuando generan voluntariamente lesiones al niño/a para hacerlos pasar constantemente enfermos/as. La intencionalidad del cuidador es satisfacer sus propias necesidades psicológicas.

K-Abandono: Dejar literalmente al niño/a abandonado/a en la calle o cualquier lugar sin intención de regresar.

L-Incapacidad parental para controlar las conductas de los/as niños/as: Demuestran la imposibilidad de manejar de modo adaptativo el comportamiento de sus hijos. Son indicadores de esto, el desconocimiento de sus actividades, de su presencia o ausencia en algún lugar, “no saber qué hacer con ellos/as”, no buscar ayuda especializada (Bringiotti, 2000).

M-Secuestro y sustitución de identidad: Negarles su identidad y relación con su familia de origen.

N- Maltrato Institucional: Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados y de la actuación de los profesionales al amparo de la Institución, que vulnere los Derechos básicos, con o sin contacto directo con el niño. Se incluye la falta de agilidad en la adopción de medidas de

protección o recursos. Los profesionales de todos los ámbitos, incluido el judicial, han de tener claro que hay formas de coerción, negación y/o distorsión de la asistencia, que pueden resultar tanto o más dañinas para el niño o la niña, que los episodios de maltrato (Bueno Gutierrez y Alvarez, 1994).

Abuso Sexual Infantil

Cualquier conducta sexual con un niño/niña menor de 16 años por parte de un adulto en posición de poder o autoridad, con o sin contacto físico.

En lo que refiere a edad, algunos especialistas exigen para considerar la existencia de ASI, que el agresor sea cinco años mayor que el/la niño/a cuando éste tenga menos de doce, y de diez años si supera dicha edad (Finkelhor, 1979, López, 1992). Otros sin embargo, no tienen en cuenta esta variable ya que ello puede servir para enmascarar, en algunos casos, los abusos sexuales entre menores de edad (Echeburúa, E. Guerricaechevarría, C., 2000, p.9).

Como lo ha explicado el Dr. Jorge R. Volnovich, es posible el abuso sexual entre pares cuando existe asimetría de poder como ocurre en el hostigamiento (también conocido como bullying). De hecho, el 20% de los abusos en la infancia está provocado por otros menores (Echeburúa, E. Guerricaechevarría, C., 2000, p.10).

Los trabajos publicados al respecto demuestran que no hay un patrón de síntomas único, y sí una extensa variedad de síntomas en estas víctimas e incluso la ausencia total de síntomas que presentan algunas de ellas, lo cual impide establecer un síndrome que defina y englobe los problemas físicos, emocionales, cognitivos y sociales que se relacionan con la experiencia de abuso sexual (Kendall-Tackett KA, Meyer Williams L, and Finkelhor D., 1993) Por tal motivo, no podemos hablar de un síndrome.

Impacto del ASI sobre el desarrollo Infantil

Cambios Neurobiológicos del ASI

A grandes rasgos, el maltrato infantil provoca, entre otros efectos, una alta mortalidad y morbilidad, *ya que se calcula que más de un 10% de los casos de niños que padecen retraso mental o parálisis cerebral se debe al maltrato*. Además, estos niños presentan déficits cognitivos o del lenguaje, trastornos del aprendizaje, dificultades académicas (incluyendo déficits de atención y trastornos de conducta), problemas emocionales y comportamientos autodestructivos. Por tanto, se ha observado que los malos tratos durante la infancia reducen la calidad de vida relacionada con la salud física y mental (Mesa-Gresa, Patricia-Moya-Albiol, Luis, 2011, p.490).

Mesa-Gresa, P. Moya-Albiol, L., en su trabajo sobre la “Neurobiología del Maltrato Infantil: el ciclo de la violencia” se refieren a todas las formas de MI, considerando que el abandono y la negligencia en la primera infancia y en particular durante el primer año de vida producirá cambios irreversibles en el sistema nervioso central en pleno desarrollo. Ellos han recopilado y analizado diferentes estudios que señalan la repercusión estructural y funcional del maltrato infantil sobre el Sistema Nervioso Central.

Durante el primer año de vida, las prolongaciones de cada neurona se desarrollan para establecer las conexiones neuronales definitivas. De este modo, las neuronas nacen y llegan a diferenciarse unas de otras hasta que migran a distintas regiones y establecen así sus propias conexiones. Aunque este proceso está genéticamente determinado, el papel del ambiente en el que se produce el desarrollo va a ser fundamental para el mantenimiento de determinadas

conexiones, ya que favorecerá que se produzcan los cambios neurales favorables como los procesos de aprendizaje, o los desfavorables como los producidos por daños, desnutrición y situaciones de estrés agudo a edades tempranas. Este fenómeno se conoce como plasticidad neuronal.

Otro proceso posnatal importante es la mielinización, o formación de mielina alrededor de los axones con el objetivo de favorecer la conducción de impulsos nerviosos.

La mielinización más intensa se produce poco tiempo después del nacimiento y continúa durante años. Comienza en la médula espinal y después se extiende al encéfalo posterior, medio y anterior. Si se producen fracasos en el proceso de mielinización, se observa inhibición en el desarrollo satisfactorio de las funciones cognitivas, motoras y sensoriales, de modo que se impide la integración de la información.

La exposición a situaciones altamente estresantes durante la infancia lleva asociada un aumento en las respuestas de estrés. De este modo, los mecanismos que actúan ante los niveles de ansiedad a los que se ve sometido el niño activan los sistemas biológicos de respuesta de estrés y se producen, como consecuencia, cambios cerebrales adversos. Los principales cambios observados son la pérdida acelerada de neuronas, retrasos en el proceso de mielinización, anormalidades en el desarrollo apropiado de la poda neural, inhibición en la neurogénesis o estrés inducido por factores de crecimiento cerebral (Mesa-Gresa, Patricia-Moya-Albiol, Luis, 2011, p. 491).

“El efecto del trauma en el individuo no puede entenderse como algo desprendido de lo corporal (Levine, 1997; Scaer, 2001) citado en (González Vázquez, A. “Disociación y trauma”).

Múltiples estudios demuestran diferencias estructurales y funcionales encefálicas en aquellas personas que han sufrido situaciones de estrés prolongado como lo es el maltrato y el abuso, particularmente cuando ocurre en forma temprana en la vida.

Es importante comprender la secuela física que produce la agresión emocional.

Existe una *memoria declarativa o explícita* (y es la narrativa que da sentido a una experiencia). Es por ejemplo lo que relatamos de un suceso pasado.

Y otra *memoria implícita* que almacena datos emocionales, sensoriales y somáticos. Todas las sensaciones (excepto las olfativas que van directo a la amígdala) pasan por el filtro talámico, que las envía a diferentes zonas de la corteza de acuerdo al nivel de excitación. Al mismo tiempo el tálamo enviará una información similar a la amígdala, la cual le otorgará un valor emocional de acuerdo al nivel de excitación y en función del mismo se hará el procesamiento declarativo, pero si este nivel de excitación es muy alto el procesamiento declarativo puede bloquearse.

Retomando el trabajo de Mesa-Gresa, P. Moya-Albiol, L. (2011, p.492-497), se hizo la siguiente recopilación y análisis del impacto del MI sobre las estructuras del encéfalo:

Hipocampo

Es una estructura encefálica que se relaciona con las emociones y la memoria, en particular el almacenamiento de memoria a largo plazo.

Bremner et al compararon mediante la tomografía por emisión de positrones (PET) a mujeres que habían sufrido ASI y presentaban un Trastorno de estrés postraumático (TEPT), mujeres con historia de ASI sin TEPT y mujeres control de características sociodemográficas similares. Obtuvieron que el volumen hipocampal de la parte izquierda del grupo de mujeres con ASI y TEPT era un 16% menor comparado con las mujeres con ASI y sin TEPT y un

19% menor comparado con las mujeres del grupo control, reducción que se asocia con los síntomas depresivos y pensamientos disociativos. Esto no se pudo observar en niños y adolescentes pero estos resultados pueden apoyar la hipótesis de que la reducción del volumen hipocampal asociada al maltrato infantil es sólo posible detectarla en sujetos adultos y no durante la infancia. Este efecto puede deberse a que los daños hipocampales producidos como consecuencia del estrés no se hacen evidentes hasta que no se produce el desarrollo pospuberal.

El estrés a edades tempranas está asociado con la reducción de las regiones sinápticas del hipocampo, lo que podría explicar algunas de las dificultades en la recuperación de recuerdos relacionados con eventos traumáticos.

Amígdala

Es una estructura que juega un rol fundamental en la supervivencia dado que integra las emociones con los patrones de respuesta correspondientes a estas. Posee un papel relevante en la valoración del significado emocional de las experiencias.

Algunos estudios de neuroimagen sugieren que la amígdala es hiperresponsiva en adultos con TEPT secundario a ASI (De Bellis MD., 2005, citado en Mesa-Gresa, P. Moya-Albiol, L., 2011, p. 494).

La amígdala es crucial en el condicionamiento del miedo y en el control de las conductas agresivas y sexuales, por lo que las conductas de descontrol episódico y de violencia impulsiva podrían tener su foco en la hiperresponsividad de esta estructura.

Cerebelo

El cerebelo desempeña un papel importante en la atención, el lenguaje, la cognición y el afecto. En cuanto a las manifestaciones funcionales relacionadas con cambios en las estructuras cerebelares cabe destacar que las lesiones en las áreas cerebelares y del vermis se relacionan con alteraciones cognitivas, lingüísticas, sociales, conductuales y emocionales. Las alteraciones del vermis cerebelar pueden estar relacionadas con el desarrollo de algunas psicopatologías como la esquizofrenia, el autismo, el trastorno por déficit de atención-hiperactividad, la depresión unipolar y bipolar y el abuso de drogas.

Cuerpo Calloso

Es el puente que comunica ambos hemisferios cerebrales. Esta estructura está formada por los axones neuronales que cruzan y comunican un hemisferio cerebral con el otro, en ambos sentidos, de izquierda a derecha y viceversa.

Diversos estudios muestran que el tamaño del cuerpo calloso se ve afectado por las experiencias de estrés temprano. La primera evidencia se obtuvo tras la observación de una marcada reducción de esta estructura en niños con historia de maltrato o abandono.

Corteza Cerebral

El córtex prefrontal es la región cortical que se desarrolla más tarde, ya que las mayores proyecciones se mielinizan principalmente entre la adolescencia y la tercera década de la vida. Entre sus funciones destacan la formulación de planes y estrategias, la toma de decisiones, la memoria de trabajo y la atención.

Se ha formulado la hipótesis de que el estrés temprano activa el desarrollo del córtex prefrontal, de manera que altera su desarrollo normal y produce una maduración precoz que tiene un efecto negativo sobre sus funciones y su capacidad.

También se indicó la existencia de una relación entre el bajo volumen intracraneal y la alta duración del abuso, lo que sugería que los efectos crónicos del abuso son acumulativos.

Es importante resaltar que muchos de los niños que sufren maltrato de tipo físico presentan daños neurológicos directamente relacionados con las agresiones, además de con los altos niveles de estrés. Muchos de ellos manifiestan graves alteraciones de memoria, cierto grado de retraso mental, retrasos en el lenguaje, afasias, disfasias y alteraciones visuales y motoras producidas por traumatismos y hematomas craneoencefálicos

Con respecto a la tipología del maltrato, las investigaciones con adultos sugieren que hay una estrecha relación entre el maltrato infantil y los síntomas clínicos relacionados con los diversos trastornos de personalidad, a pesar de que no se encuentren diferencias significativas con respecto al tipo de maltrato.

Efectos del maltrato según sexo

Las niñas presentan mayores casos de abuso sexual que los niños, pero hay un efecto dismórfico relacionado con el desarrollo cerebral tras el maltrato, ya que los casos de abuso sexual se asocian con una disminución en el tamaño del cuerpo calloso en niñas, mientras que esta disminución en niños se debe al abandono en la infancia.

La mayor capacidad bilateral lingüística y la reducción de la dominancia cerebral en las mujeres facilitan los intercambios de información entre el hemisferio izquierdo y el derecho, lo que aumenta a su vez la capacidad de padecer inestabilidad afectiva y, por tanto, ocasiona una mayor probabilidad de padecer trastornos como el límite. Por el contrario, la alta lateralización del hemisferio izquierdo y la reducción del tamaño del cuerpo calloso que presentan los hombres que han sufrido maltrato pueden favorecer la separación entre el pensamiento y el afecto y la conciencia social, y facilitar así el desarrollo de alexitimia y del trastorno de personalidad antisocial.

En esta línea, el trabajo de Cohen et al (Cohen RA, Grieve S, Hoth KF, et al., 2006) muestra un menor tamaño del córtex cingulado anterior y del núcleo caudado, de aproximadamente un 2% a un 5%, en los adultos víctimas de acontecimientos traumáticos en la infancia, entre ellos el maltrato y el abuso sexual. También se ha encontrado que el volumen de materia gris en las mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia, en la zona del córtex visual primario y del córtex de asociación visual, tanto derecho como izquierdo, es entre un 13% y un 18% menor, y este resultado estaba influido por la duración del abuso (Tomoda A, Navalta CP, Polcari A, et al., 2009). Similares resultados se han obtenido con víctimas de otros tipos de violencia, como el castigo físico corporal (Tomoda A, Suzuki H, Rabi K, et al., 2009).

Siguiendo a Meaney et al (Meaney MJ, Szyf M, Seckl JR., 2007), el maltrato infantil, y dentro de éste la experiencia de abuso sexual, comporta para la víctima una reprogramación o adaptación al medio violento de diversos sistemas cerebrales que, si bien inicialmente pueden ayudarla a autoprotgerse, a largo plazo se convierten en problemáticas para su correcto desarrollo e integración (McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al., 2009).

Trastornos disociativos, apego desorganizado y ASI

Los conceptos de este capítulo se abordaran desde la perspectiva de la Lic. Sandra Baita⁴

Es importante recordar una de las funciones que cumple el sistema de apego que es la de recuperar la calma frente a una situación de tensión o peligro.

⁴ Psicóloga clínica graduada de la Universidad Nacional de Buenos Aires y miembro del Comité de niños y adolescentes de la International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISST-D) Docente durante la Carrera de Especialización en Violencia Familiar de la UNMDP, segunda cohorte (2013).

Un *apego seguro* facilitará la integración de las distintas experiencias, un sentido de sí mismo cohesionado y posteriormente un estilo de afrontamiento ajustado.

En el *apego desorganizado* los/as niños/as presentan conductas contradictorias de acercamiento a su figura de apego. Se observa búsqueda intensa de contacto junto con o seguidas de evitación del mismo, señales de tensión y ansiedad en presencia de la figura de apego.

Estas conductas ponen en evidencia el dilema que enfrenta el niño/a, cuando la figura de protección y cuidado es a la vez una fuente de estrés intenso.

Hay evidencia científica según el cual (Carlson, V., Cicchetti, S., Barnett, D. and Braunwald, K., 1989) más del 80% de los niños que sufren MI presentan un patrón de apego desorganizado. No existe una correlación única entre MI y apego desorganizado, pero como explica la Lic. Baita, la conducta maltratante y la conducta sexualmente abusiva son claramente desorganizantes.

Por otra parte, los investigadores (Main and Hesse, 1990) encontraron una respuesta atemorizada o atemorizante por parte de las figuras de apego. Otros autores hallaron entre las conductas parentales identificadas en el desarrollo del apego tipo desorganizado, lo siguiente: falta de respuesta a la tensión infantil (negligencia emocional), conductas verbales negativas (maltrato emocional), conductas físicas intrusivas (maltrato físico) y sexualización (como en el ASI) (Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. and Bianchi, I., 2006).

El niño o niña recibe paralelamente en muchos casos experiencias positivas por fuera de las experiencias abusivas. Según Liotti (1999) estas representaciones internas opuestas de la misma persona no pueden ser integradas en una única memoria, por lo cual permanecen disociadas, no por una razón defensiva sino “porque es imposible organizar información tan contradictoria en una estructura cohesiva, coherente e integrada de significado”.

Los trastornos disociativos más severos están acompañados por manifestaciones tales como automutilaciones o autoagresiones, trastornos alimentarios severos, conductas antisociales, conductas regresivas, cambios bruscos en la conducta o en los hábitos, una sensación vivenciada por los niños de división interna, que se reproduce en actitudes o conductas que llevan a las madres a describirlos como “es otra niña”, “es como si no fuera mi hijo”, “me resulta un niño totalmente desconocido” (Baita, S., 2011, p.12).

De acuerdo a Summit (2005), la dependencia patológica, el auto-castigo, la auto-mutilación, la reestructuración selectiva de la realidad y las personalidades múltiples para nombrar unos pocos, representan los vestigios habituales de las habilidades de sobrevivencia dolorosamente aprendidas durante la infancia.

Trastorno traumático del Desarrollo

Consecuencias emocionales, cognitivas, relacionales y funcionales del ASI

El Dr. Bessel Van der Kolk (2005) (citado por Ardino, V., 2009, p.9) propone cuatro criterios para definir un nuevo diagnóstico, *en investigación y aun no admitido para el DSM V*, que es el “Trastorno Traumático del Desarrollo”, estos criterios son:

- 1- Exposición
- 2- Patrón de desregulación
- 3- Expectativas y atribuciones persistentemente alteradas
- 4- Dificultades funcionales

El patrón de desregulación está presente en diferentes áreas: afectiva, somática, conductual, cognitiva, relacional y de autoatribuciones. Las dificultades funcionales, se refieren al funcionamiento en los diferentes ámbitos en que se desempeña un niño/niña o adolescente (escuela, familia, sociedad en general) y sus respectivas dificultades: educacionales, familiares, con pares, legales y vocacionales.

Tomando el área afectiva, el trauma afecta la mente de un niño/niña generando disociación.

Tomando la dificultad en la modulación afectiva y fisiológica (de acuerdo a las referencias de Paula Moreno, “La adopción de un niño severamente maltratado” (s.f.). y la Lic. Baita, observamos las siguientes manifestaciones: dificultad en la modulación y el control de los impulsos, conductas autodestructivas, agresiones hacia otros, abuso de sustancias, excesiva sumisión, conducta opositora, dificultad en aceptar reglas, reactuación de su pasado traumático en las acciones cotidianas, dificultades en la regulación de funciones corporales como en el sueño, en los desórdenes de alimentación, en el control de esfínteres, respuestas hipo o hiperreactivas sensoriales.

Con respecto al área cognitiva, desregulación atencional y conductual, que se manifiesta en la dificultad en el sostén de la atención, en la disfunción ejecutiva, pérdida del sentimiento de curiosidad, dificultades de aprendizaje, en el afrontamiento del estrés y en el desarrollo del lenguaje, mala interpretación de las señales de seguridad y peligro, conductas de riesgo, intentos desajustados de autocalma, autoinjuria.

En el aspecto relacional, se pueden observar conductas de “pegoteo”, preocupación intensa por la seguridad del cuidador, opositorismo, desconfianza, complacencia, reactividad física o agresión verbal. Pueden presentar intentos inapropiados de tener contacto íntimo o dependencia excesiva con pares o adultos, fallas en la empatía (falta o excesiva respuesta frente al estrés de los otros).

Las expectativas y atribuciones persistentemente alteradas repercuten en el autoconcepto, produciendo distorsiones cognitivas acerca de sí mismo, sentimientos de vergüenza y culpa, así como pérdida de confianza en los otros e inevitabilidad de futuras revictimizaciones.

Las manifestaciones de la desregulación en diferentes áreas y la distorsión del autoconcepto van a producir un funcionamiento deficitario o alterado en los ámbitos que se

desempeña un niño/niña, como es la escuela, sus grupos de pares, la relación con su familia, su decisión vocacional posterior y también tendrá en muchos casos consecuencias de índole legal como lo refieren algunas investigaciones que “han mostrado una profunda relación entre el trauma relacional (interpersonal) temprano y una predisposición posterior a la violencia” (Pierry, 1997; Schore,2003; Silvern et al.,2003) (citado porArdino, V., 2009, p.7).

Indicadores específicos e inespecíficos

Dice el Dr. Jorge Volnovich al respecto: ***“el relato del niño es un indicador de sospecha fundada igual que las escoriaciones”***.

Los indicadores psicológicos que se relacionan con el ASI forman parte de otros trastornos, de ahí que se los considere inespecíficos, y *en el ASI los únicos indicadores específicos son las lesiones propias del acto sexual, las conductas hipersexualizadas y un conocimiento sexual que no es propio de la edad.*

Los indicadores psicológicos específicos, son aquellas conductas atípicas para la edad de desarrollo con una fuerte connotación sexual.

Es parte del desarrollo habitual que los niños/as entre los cuatro y cinco años de edad se muestren interesados por temas sexuales y por las diferencias entre niños y niñas. Pero como dice Intebi (1998) “...los niños, sobre todo los más pequeños, no tienen forma de conocer los detalles de una relación sexual adulta si no tuvieron la oportunidad de observarla o si no fueron víctimas de abuso”, hoy entendemos que observarla ya es abusivo aunque no haya sido intencional. Es así que cuando nos referimos a conductas hipersexualizadas debemos diferenciar conductas exploratorias acordes al nivel de desarrollo, de aquellas que nos alertan sobre exposición del niño/a a situaciones de índole sexual adulto. Como refieren Poliakoff y Sanahuja (2013, p.130): los niños/as victimizados se masturban

compulsivamente, proponen juegos con representaciones de coito anal o vaginal, se insertan o simulan la inserción de objetos en orificios genitales, intentan o realizan masturbación mutua, incluso sexo oral. Suelen proponer movimientos copulatorios, introducen la lengua al besar y buscan la boca al hacerlo. Proponen acercamientos físicos frecuentes, con intención de tocar a los adultos o piden que les muestren sus partes íntimas incluyendo conductas muy bizarras

Los indicadores inespecíficos se pueden presentar como consecuencia de diferentes hechos traumáticos, donde puede ocurrir incluso una alteración en el desarrollo de la personalidad como en los trastornos disociativos. Los signos que conforman el Síndrome de Estrés postraumático (TEPT) describen las manifestaciones que se pueden observar como reacción a diferentes sucesos traumáticos, entre ellos el ASI. Incluso el DSM V se refiere al respecto: “en los niños, entre los acontecimientos traumáticos de carácter sexual pueden incluirse las experiencias sexuales inadecuadas para la edad *aun en ausencia de violencia o daños reales*”

Cuadro de indicadores psicológicos específicos e inespecíficos, los más frecuentes divididos por períodos (Poliakoff y Sanahuja, 2013, p.132):

<p>Niños/niñas menores de tres años (Blythe y Orr, 1985)</p>	<p>Irritabilidad. Dificultades en el sueño. Trastornos en la alimentación Conductas agresivas o regresivas Comprensión precoz de la sexualidad Despliegue de actividad sexual inadecuada</p>
<p>Niños y niñas preescolares (Justice y Justice, 1979; 183)</p>	<p>Enuresis secundaria. Hiperactividad Trastornos en el ritmo del sueño Temores y fobias intensos Conductas compulsivas (masturbatorias y</p>

	<p>otras)</p> <p>Trastornos de aprendizaje</p> <p>Sexualización precoz (juegos y curiosidad excesiva)</p> <p>Intensa ansiedad de separación</p> <p>Conductas seductoras hacia adultos</p>
<p>Niños y niñas en edad de latencia</p> <p>(Intebi, 1998; 184-185)</p>	<p>Cualquiera de los ya enumerados</p> <p>Modificaciones comportamentales sin causas aparentes</p> <p>Dificultades de aprendizaje</p> <p>Fracaso escolar instaurado en forma abrupta</p> <p>Llamativo retraimiento</p> <p>Agresividad exacerbada</p> <p>Conflictos con figuras de autoridad</p> <p>Desconfianza hacia adultos significativos</p> <p>Pueden “aparentar” tranquilidad y madurez</p> <p>Pueden ser francamente hostiles</p> <p>Se tiente con pequeños robos</p> <p>Miente con frecuencia</p> <p>Puede ser cruel con pares y animales</p> <p>Intenso sentimiento de desesperanza y tristeza</p> <p>Imposibilidad de concentrarse en tareas</p>

	<p>propuestas</p> <p>Trastornos de la atención y de la memoria</p> <p>Invasión de recuerdos y reviviscencia de sentimientos angustiosos</p> <p>Fobias escolares</p> <p>Deseo de permanecer más en la escuela</p> <p>Coerción sexual a niños más pequeños o retraídos</p>
Adolescentes y jóvenes	<p>Conductas riesgosas y violentas para sí y para terceros</p> <p>Intensos deseos autodestructivos</p> <p>Posibles búsquedas desenfrenadas de castigo hacia sí</p> <p>Indefensión ante padecimientos que afectan su autoestima</p> <p>Adicciones</p> <p>Conductas delictivas</p> <p>Ideación y actos suicidas</p> <p>Fugas del hogar</p> <p>Automutilaciones</p> <p>Promiscuidad sexual. Prostitución</p> <p>Retraimiento, depresión</p> <p>Sobreadaptación</p> <p>Inhibición sexual llamativa</p>

	<p>Incapacidad para actuar con el sexo opuesto</p> <p>Temor y rechazo a figuras masculinas (en el caso de víctimas mujeres)</p>
--	---

Prevalencia

De acuerdo a un meta análisis con artículos de 22 países demostró que el 7,9% de hombres y 19,7% de mujeres han sufrido alguna forma de ASI antes de los 18 años de edad (Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez Benito, J., 2009, p. 328-338).

La prevalencia también varía de acuerdo a edad y sexo, diversos estudios arrojan diferentes valores al respecto:

En un estudio llevado a cabo en España con 1.821 personas mayores encuestadas sobre sus experiencias en la infancia, reveló que, el 18,9% sufrió abusos sexuales durante la infancia, un 15% de los varones y un 22% de las mujeres (López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A., 1995). Un trabajo canadiense en el que se encuestó a 9.953 personas de más de 15 años proporcionó unas cifras de prevalencia del 12,8% en mujeres y 4,3% en hombres (MacMillan HL, Fleming JE, Trocme N, Boyle MH, Wong M, Racine YA, et al., 1997).

En estudios retrospectivos de la población adulta, realizados en España y EEUU obtuvieron resultados entre el 15 y el 30% de la población estudiada. Pero el concepto de abuso es muy amplio, si se contempla solo el *abuso sexual percibido*, es decir las conductas sexuales impuestas que generan un grado de malestar en el niño/a y que interfieren

negativamente en su desarrollo psicológico ulterior, como refieren Echeburúa y Guerricaechevarría (2000, p.2), la tasa de prevalencia se puede situar entre el 4 y el 8% de la población infantil, “que es una cifra nada desdeñable” (Sanmartín, 1999).

Por edad, en un estudio realizado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses en Colombia (Mebarak, M.R., Martínez, M. L., Sánchez Herrera, A., Lozano, J. E., 2010, p.133), obtuvieron los siguientes resultados sobre 8560 personas:

14% (15-17 años)

37% (10-14 años)

25% (5- 9 años)

10% (1- 4 años)

De acuerdo a Summit, *“en la medida en que la experiencia clínica se ha incrementado en la intervención sexual infantil, se descubre que la edad de iniciación es aún menor”*. En 1979, la edad promedio típica era, sorprendentemente, los prepúberes de nueve años. En 1981, los modelos de entrenamiento financiados federalmente informaron la edad promedio de iniciación como de siete años. En el Harborview Rape Crisis Center de Seattle, 25% de los niños presentados para tratamiento tenían cinco años de edad y menos (Summit, Donald M.D., traducción 2005).

En lo referido al sexo, el agresor es en el 90% de los casos de sexo masculino, y en lo que refiere a la víctima son mayormente del sexo femenino (se considera que las niñas sufren el ASI de una y medio a tres veces más que los varones), aunque se considera que hay un sub-registro del ASI de varones por un prejuicio social y temor de denunciar tanto por parte de la persona que fue víctima como de su entorno familiar. Por otra parte, en los varones, el riesgo mayor de ASI es extrafamiliar, es decir, allegados a la familia, conocidos del niño, o extraños.

Los diversos estudios señalan el riesgo aumentado en niñas, la mayor incidencia entre ellas, 2-3 niñas por cada niño, especialmente en el ASI intrafamiliar, y la mayoría de los agresores son varones predominantemente heterosexuales (Gil, 1997; Vazquez Mezquita y Calle, 1997). Las edades de mayor riesgo son las comprendidas entre los 6 y 7 años, por un lado y los 10-12 años por el otro (Finkelhor, 1993) (citado por Echeburúa, E, Guerricaechevarría, C., 2000, p.16).

Por otra parte, con respecto a la repercusión que este tiene en la vida posterior, se ha encontrado que esta problemática se encuentra entre un 34 y un 53% de los pacientes que consultan por problemas de salud mental (Lopez, F., 1994). Otros estudios internacionales han constatado la extensión de este problema en el mundo occidental, con una prevalencia entre el 10 y el 20% (Finkelhor, D., 1994) (Pereda, N. Guilera, G. Forns, M. et al., 1994).

Con respecto a quien es el agresor, el abuso padrastro-hija ocupa el primer lugar. El 15-20% hacen referencia al contacto padre-hija, estos son los más traumáticos. El 65% restante implica a hermanos, tíos, hermanastros, abuelos y novios de algún miembro de la familia.

La situación incestuosa es generalmente progresiva, iniciando con caricias, masturbación y llegando en forma más tardía al coito vaginal. De ahí también la importancia de la interrupción temprana de conductas abusivas para prevenir conductas mayormente ultrajantes y traumáticas.

Un estudio realizado por UNICEF Chile (Larrain H., S. Bascuñan D., C., 2008), cuyos resultados corresponden a las opiniones de 1.525 niños/as, de octavo básico, encuestados durante el año 2006, muestra que un 75% manifiesta sufrir algún tipo de violencia al interior de su familia, siendo la violencia física grave del 25,90%. Este trabajo no es sobre ASI, sino maltrato en general pero da cuenta de la alta frecuencia de violencia hacia los/as niños/as.

Las investigaciones sobre el tema apuntan, además, a que cada denuncia esconde una cifra negra de 3 casos no denunciados, donde entre un 75% y 80% de los casos no serían denunciados, lo que habla de la altísima frecuencia que tiene este fenómeno.

Muchos estudios se realizan en base a relatos de adultos que fueron abusados en su niñez y que nunca denunciaron, no sólo mostrando una alta prevalencia de estos hechos, sino también haciendo evidente la inseguridad y desprotección que sufrieron, al no poder contar con una figura protectora de confianza a quien recurrir en ayuda.

También se debe considerar la frecuencia con que ocurre en poblaciones de mayor riesgo, como lo es aquella que presenta algún tipo de discapacidad o limitación funcional, coincidente con la población en atención por TO. Investigaciones retrospectivas citadas por Ammerman, R. Van Hasselt, V. y Hersen, M. (1988) han demostrado la alta incidencia de los nacimientos prematuros en el ASI (23%, según Klein y Stern, 1971; Klaus y Kendell, 1970). También en un estudio retrospectivo sobre niños con discapacidades hospitalizados realizado por Ammerman y otros (1987), hallaron que el 39% presentaba indicios de haber sufrido o estar sufriendo malos tratos, y dentro de este grupo, el 69% lo representaba el maltrato físico, el 45% negligencia y el 36% el ASI.

La Dra. Bringiotti cita en su trabajo “Abuso sexual infantil. Derribando mitos a partir del análisis de los datos aportados por las investigaciones” (2008) diversos estudios que muestran el peso que tiene el ASI intrafamiliar con respecto al que ocurre con terceros por fuera de la familia, por ej. Devoe y Faller (1999) indican que el 72% de los casos de niños y niñas entrevistados para la evaluación del ASI, el abusador era algún pariente o miembro de la familia y ello coincide con lo manifestado en nuestro país por profesionales que reciben casos desde el sector salud, afirma la autora. En este mismo trabajo también alerta sobre el riesgo aumentado en la adolescencia de cometer abusos, en un trabajo realizado en Liverpool

que separo en rango de edad desde los 4 a los 68 años, observaron un aumento significativo (Glasgow, D.;Home, L.;Calam, R. y Cox, A., 1994) en la adolescencia, un adolescente (13 a 18 años) tenía el doble de posibilidades de abusar a otro en otra franja etaria, en segundo lugar estaba la franja de 8 a 12 años.

Detección

*“Sólo un 2% de los casos
de abuso sexual intrafamiliar
se conocen al mismo tiempo en que ocurren”*
(Echeburúa, E, Guerricaechevarría, C., 2000, p.18)

“Se les debe recordar a los adultos que la acción sin palabras o el gesto de un padre es una fuerza absolutamente irresistible para un niño dependiente, y la amenaza de perder el amor o la seguridad familiar es más atemorizante para el niño que cualquier amenaza de violencia.” (Summit, Donald M.D., traducción 2005).

La detección del ASI se ve dificultada por mitos y temores. Hay falsas creencias sobre la sexualidad infantil e idealización social sobre las relaciones familiares. El estereotipo social de la “familia feliz”, aquel que se promueve desde los medios, el cine, las publicidades, etc. Como dicen Poliakoff y Sanahuja (2013, p.83), el ASI “no deja indiferente a nadie, nos afecta y nos interpela”. Las autoras agregan “necesitamos creer que no sucede, porque nos interpela sobre nuestra propia sexualidad, sobre nuestro deseo, sobre las ideas de familia y de integridad del sujeto, que tenemos” (Poliakoff y Sanahuja, 2013, p.97).

Contrario al mito popular, la mayoría de las madres no tiene consciencia del abuso sexual en curso. El matrimonio demanda una confianza ciega considerable, y negación para

la sobrevivencia. Los indicios “obvios” sobre el abuso sexual son generalmente obvios solo en retrospectiva (Summit, Donald M.D., traducción 2005).

Hoy el modelo tradicional de familia ha cambiado y actualmente se habla de “familias”, en plural, cada una con sus características particulares pero cuyo denominador común debería ser: un núcleo afectivo, positivo y valorado por sus miembros en mayor o menor medida.

La Lic. Sandra Baita nos acerca la siguiente información: En una clínica infantil de Portland, Oregon, USA, un grupo de pediatras ha comenzado a incluir en su rutina el preguntar a los padres de los niños que atienden por sus experiencias adversas en la infancia, a través del cuestionario de experiencias adversas (ACE según sus siglas en inglés), administrando además un cuestionario de 15 ítems para evaluar la resiliencia parental.

<http://acestoohigh.com/2014/07/29/to-prevent-childhood-trauma-pediatricians-screen-children-and-their-parentsand-sometimes-just-parents/>

Baita afirma: “No hay forma de separar el trauma infantil que padecieron los adultos del trauma infantil que estos adultos pueden infligir -sin desearlo- en sus propios hijos.”

La idea de estos médicos es sostenida por diversas investigaciones, de que experiencias traumáticas no resueltas o abrumadoras en la vida de los padres pueden afectar sus habilidades parentales y afectar consecuentemente el apego al niño que están criando.

Otras investigaciones han llevado a crear escalas para medir creencias legitimadoras de violencia en la población infantil (Galdames, S. - Aron, A. M., 2007, 15-25).

Factores de riesgo y de protección

Debemos de considerar los factores de riesgo y de protección cuando evaluamos a un/a niño/a en su contexto, entendiendo que la presencia de estos factores señalan una probabilidad de mayor o menor riesgo de sufrir un evento tal como el ASI, no una relación causa-efecto. Nos permite agudizar nuestra observación del comportamiento tanto del niño o niña como de su entorno, favoreciendo la prevención y/o detección del MI y/o ASI.

Con respecto a los factores de riesgo, tomaré el cuadro de Arredondo Osandon (2001-2001).

Factores de riesgo parentales:

- Historia de maltrato o abandono
- Madre con historia de ASI
- Rechazo emocional en la infancia
- Carencia de vinculación afectiva o de cuidado en la infancia
- Ignorancia sobre las características el desarrollo evolutivo y sexual de los niños/niñas
- Historia de ruptura familiar
- Bajo nivel de inteligencia
- Pobre autoestima
- Falta de capacidad de empatía
- Pobres habilidades sociales
- Poca tolerancia al estrés
- Problemas psicológicos
- Madre enferma, discapacitada o ausente del hogar

Factores relacionados con el niño/a:

- Introverso. Aislado socialmente
- Problemas de conducta
- Temperamento difícil

- Discapacidad física o psíquica*

Factores relacionados al ámbito laboral:

- Desempleo. Pobreza
- Pérdida de rol
- Insatisfacción laboral o tensión en el trabajo

Factores culturales:

- Legitimación de la violencia
- Aceptación del castigo físico
- Actitud negativa hacia la infancia, la mujer y la familia
- Vulneración de los derechos de la infancia

*En la discapacidad pueden influir tres grandes factores: uno es la ruptura del vínculo temprano (por el shock inicial frente al diagnóstico, por la depresión materna frente al mismo, por las dificultades de adaptación del niño/a al ambiente, por el desajuste entre las expectativas parentales y el desarrollo del niño/a, por las internaciones prolongadas tempranas, etc.), otro es el estrés de los cuidadores, frente a los requerimientos especiales de atención, y la tensión generada cuando en algunos casos los niños/as presentan conductas de difícil manejo parental, y por último, la vulnerabilidad e indefensión que presentan, física y/o psíquica.

El sexo femenino también es un factor de riesgo aumentado, que está sostenido por la ideología patriarcal, que avala al hombre en sus actos sobre su familia (particularmente mujer-hijas), como pertenencia de índole privada.

Los modelos integrativos que surgen a partir de la década del ochenta, toman en cuenta los factores de compensación de la violencia y están relacionados tanto con el niño/a, como con la familia, los cuidadores, la sociedad y la cultura.

Así como consideramos los factores de riesgo, también debemos considerar los factores de protección:

- Relaciones positivas entre los progenitores
- Habilidades interpersonales adecuadas
- Niños y niñas física y psicológicamente sanos
- Escasos sucesos estresantes en la familia
- Legislación protectora de la familia y de los derechos del niño
- Reconocimiento del niño/a como sujeto de Derechos
- Normas culturales opuestas a la violencia física o psíquica
- Difusión de valores de cuidados hacia la infancia

Las características enumeradas ponen en evidencia que la violencia intrafamiliar no es un hecho aislado que ocurre en un grupo o grupos de personas con vínculo de parentesco, sino que involucra a toda la Sociedad con sus características idiosincráticas propias y al Estado, cuyas Políticas Públicas repercuten económica y socialmente sobre las familias.

La población que recibe atención en los CAPS se encuentra en su mayoría dentro del trabajo llamado informal, por tal motivo no poseen Obra Social, la población varía de un CAPS a otro de acuerdo a los diferentes barrios, si bien no es en todos los casos pero se caracteriza, en general, por presentar algunas de las siguientes condiciones:

- Inestabilidad laboral
- Barrios bajo la línea de pobreza, con necesidades básicas insatisfechas
- Desocupación
- Planes Sociales/Pensiones
- Familias numerosas
- Educación básica y formal primaria y/o secundaria
- Barrios con difícil accesibilidad

- Viviendas precarias
- Violencia
- Consumo problemático de sustancias

Detección desde Terapia Ocupacional

Según Gary Kielhofner (1992),

“la ocupación es la actividad principal del ser humano en todas sus vertientes, fruto de un proceso evolutivo que culmina en el desarrollo de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. La Terapia Ocupacional estudia la ocupación de las personas en las áreas de autocuidado/automantenimiento, productividad y ocio, tiempo libre y juego”

Cuando trabajamos con niños/as y sobre todo en la primera infancia aprendemos que no podemos separar el desempeño ocupacional y el desarrollo evolutivo del contexto emocional en el que está inmerso ese niño/a.

La ocupación principal es el juego, las actividades de tiempo libre y ocio, y los aprendizajes escolares o académicos. Todas estas áreas de desempeño se van a ver afectadas por el trauma que irrumpe en la vida de un niño/a y produce un quiebre que, de acuerdo a su duración en el tiempo, el vínculo con el abusador y la mecánica del abuso producirá mayores o menores consecuencias pero que siempre se manifestaran de alguna manera y que serán detectadas por el adulto atento, aunque éste no pueda definir con claridad que le está ocurriendo a su hijo/a, alumno/a, etc.

Cuando llegan a evaluación o tratamiento de TO, es que ya se observan dificultades en algunas o todas las áreas de desempeño ocupacional, puede ser un retraso en la adquisición

de pautas, un desvío en el desarrollo de las mismas (desarrollo atípico), o alteraciones de la regulación.

Las alteraciones en la regulación o modulación se manifiestan como híper o hiporespuestas, en las diferentes áreas: fisiológica, conductual o cognitiva, que se expresan de diferente manera **y son consultas frecuentes en TO.**

En el área fisiológica, los trastornos de modulación se manifiestan como alteración del sueño, de la alimentación o en el control de esfínteres. En el área conductual, en la dificultad del control de los impulsos, o por el contrario en la inhibición franca de las expresiones. En el área cognitiva: compromiso de la atención, de la memoria, de las funciones ejecutivas, en el aprendizaje, en el lenguaje, etc. En las relacionales: en el “pegoteo”, en el “oposicionismo” u otras.

En ocasiones, como mencionamos al inicio, pueden ser derivados por otros motivos a TO, pero en el transcurrir de la evaluación y/o el tratamiento y a partir de la observación durante el juego, el dibujo, manejo del cuerpo, interacción social con pares y adultos, entrevista a los progenitores sobre rutinas de alimentación, sueño y control de esfínteres, se pueden detectar signos de alarma que nos llevarán a realizar interconsulta con Psicología, aun cuando se continúe el tratamiento desde TO.

La frecuencia semanal y por períodos prolongados (en la mayoría de los casos), nos permite crear un vínculo de confianza con el/la niño/a y con el adulto que lo trae a terapia, que facilita la manifestación explícita de situaciones de malestar o de inquietud.

Desde TO se utilizan actividades estructuradas, semiestructuradas y también libres, tanto con fines de evaluación como con fines de tratamiento, y durante el mismo siempre está la mirada evaluativa de proceso. En este proceso se puede observar una evolución favorable, desfavorable, lenta, rápida, un cambio repentino, aparición de elementos no esperados, “hallazgos” de situaciones que atraviesa el niño/a, etc.

En este proceso se puede observar que en algunos casos los síntomas iniciales se tornan más graves, y si se considera que la duración y sostenimiento del ASI agrava el pronóstico se puede comprender que un niño/a que ingresa por dificultades de aprendizaje o conducta y luego presenta encopresis puede estar sosteniendo en secreto un padecimiento tal como lo es el ASI.

Aspectos metodológicos

Historia natural de la investigación

Taylor y Bogdan (1986, p.20) consideran, en un sentido amplio, la investigación cualitativa como “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. Estos autores llegan a señalar las siguientes características propias de la investigación cualitativa:

- Es inductiva
- El investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.
- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
- Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.
- Los métodos cualitativos son humanistas.
- Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación.
- Para el investigador cualitativo todos los escenarios y personas son dignos de estudio.

- La investigación cualitativa es un arte.

En este trabajo se eligió la entrevista en profundidad de acuerdo con Valles (1999).

El grupo de estudio son las profesionales de Terapia Ocupacional que se desempeñan en los CAPS de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, rescatar sus experiencias en esta temática dentro de su práctica profesional en la atención de niños/as, con los alcances y limitaciones propias del rol. Los siguientes motivos que me llevaron a elegir la entrevista a mis colegas fueron los siguientes:

La temática de ASI es muy delicada para realizar entrevistas a la población en atención, no es competencia del TO, y puede resultar en una práctica iatrogénica o mala praxis.

La detección de signos de ASI es altamente compleja y delicada.

Resulta difícil o imposible recabar datos fidedignos a través de un cuestionario en una temática que implica ocultamiento y secreto familiar.

Está presente el temor a la denuncia e intervención de la Justicia.

Este trabajo de investigación surge de mi experiencia personal en el campo de la atención de niños/as de cero a seis años de edad dentro del Programa Integral del Desarrollo Infantil en atención primaria de la salud, también de la búsqueda bibliográfica acerca de la detección desde Terapia Ocupacional con respecto a recursos y estrategias con los que se cuenta desde la profesión, encontrando un gran vacío desde la bibliografía específica del área de TO.

Surgiendo entonces en mí el interrogante acerca de las experiencias de colegas en la misma área y en el interés de conocer y analizar dichas experiencias, para comprender cómo resuelve cada profesional este escollo y como vivencia la presencia de signos o síntomas de

ASI, no buscando realizar generalizaciones sino tratando de enriquecer la práctica a partir de los aportes individuales a un saber colectivo.

Problema

¿De qué manera el espacio de atención en Terapia Ocupacional puede ser un lugar de detección para el abuso sexual infantil?

¿Cuáles son las experiencias en ASI que han tenido las terapistas ocupacionales que trabajan con niños/as en los Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Mar del Plata, Partido de Gral. Pueyrredón?

Objetivo general

Conocer y analizar las experiencias de las terapistas ocupacionales que se desempeñan en los CAPS atendiendo niños/as, en la detección de indicadores específicos e inespecíficos de ASI

Objetivos específicos

Describir las estrategias que las TO utilizan para facilitar el proceso de visibilización de signos o síntomas presuntivos de ASI

Caracterizar los recursos con los que cuenta la profesión para llevar a cabo la tarea de detección

Describir los obstáculos y limitaciones con que se encuentra el profesional de TO en esta temática

Técnica de relevamiento

Entrevista en profundidad, dirigida a recabar información sobre las experiencias de las terapistas ocupacionales al detectar indicadores de posible abuso sexual infantil dentro de la población en atención en los CAPS. Vivencia de las profesionales, impacto y manejo de la situación. Técnicas que facilitaron o precipitaron la manifestación de signos indicadores de ASI. Elementos con que cuenta la profesión para detectar ASI. Expectativas con respecto a la confirmación o no de la sospecha, y del proceso de intervención interdisciplinaria posterior.

Aquí se utiliza el término “experiencias” en forma plural haciendo referencia a *las situaciones vividas o experimentadas* en la práctica diaria donde la profesional se enfrentó a la manifestación de signos que le hicieron sospechar ASI. No en la forma singular del término, que hace referencia a un saber adquirido por la práctica, donde luego de experimentar en múltiples oportunidades un evento se adquiere un conocimiento empírico del mismo, y quien posee mayor casuística posee mayor experiencia acerca del mismo.

Guía temática o guion de entrevista

Relato de una o más experiencias dónde la profesional se enfrentó con una situación que le despertó sospecha de padecimiento de ASI en un/a niño/a en tratamiento en TO derivado por otro motivo.

Vivencia frente a la conducta observada

Manejo de la situación

Abordaje de la situación de develamiento o de sospecha

Elementos que facilitaron la detección

Presunción previa vs. Hallazgo

Población

El grupo de estudio estuvo conformado por todas las terapistas ocupacionales que se encontraban trabajando en el área de atención a niños/as en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) de la ciudad de Mar del Plata, partido de Gral. Pueyrredón (MGP), durante los meses de Agosto-Diciembre del año 2017 y que accedieron voluntariamente a colaborar con la investigación.

La Municipalidad de Gral. Pueyrredón cuenta con 32 CAPS, pero no todos poseen un profesional de TO.

Sobre un total de 12 terapistas ocupacionales que atienden niños/as en los CAPS de la MGP al momento de la investigación, se obtuvo entrevista de 7 de ellas, representando casi el 60 % de las profesionales que podían participar, considerando que somos un total de 13 en el área niños/as al momento de la investigación. No se conocen los motivos por los cuales no se accedió a la totalidad de la población, no se indago al respecto dado que se convocó de manera voluntaria a participar.

Licenciadas en Terapia Ocupacional que colaboraron con el trabajo, de acuerdo a años que recibieron su título de grado y que se desempeñan en atención de niños/as y en APS:

Años desde que obtuvo título de grado	Tiempo que se desempeña en atención de niños/as	Tiempo que se desempeña en APS
32 años	32 años	22 años
30 años	30 años	30 años
25 años	25 años	25 años
27 años	17 años	17 años

12 años	11 años	7 años
12 años	10 años	7 años
11 años	11 años	1 año

A los fines de preservar la identidad y la confidencialidad de la información, a cada TO se le asignó un número en forma arbitraria que no corresponde con el orden del listado arriba expuesto, se identificaron como (E#).

Análisis de los datos

En el análisis de las entrevistas se hallaron como denominadores comunes, los siguientes elementos:

- La dinámica de admisión y el motivo de derivación
- Las herramientas con que cuenta la Terapia Ocupacional en esta temática
- La vivencia del profesional frente a la detección de algún signo o síntoma de ASI
- La formación de grado recibida al respecto
- La casuística dentro del ámbito de TO

La dinámica de admisión y el motivo de derivación

Dinámica de admisión

“A mí no me paso de ver a un niño y decir “acá está pasando tal o cual cosa”, será porque las admisiones son desde Salud Mental o desde Pediatría, a mí en lo personal no me paso que surja la detección en mi espacio”. (E7)

“Como las admisiones son en equipo, siempre que llegan las situaciones de abuso, estoy con la Psicóloga, así que con situación de abuso o de sospecha de abuso, ya entra para Psicología”. (E1)

“Las admisiones son interdisciplinarias. En las admisiones ya se plantea la sospecha, y a partir de ahí, ya cuando es a título de sospecha, se plantea como se comienza a trabajar, y cómo será el proceso de evaluación”. (E2)

“Actualmente en la Sala, y desde mi ingreso en la misma, las admisiones de los casos son en forma interdisciplinaria, conjunta con psicología y eventualmente con Psicopedagogía. De esta forma se hace el ingreso de los pacientes. Los pacientes que han ingresado con sospecha

o habiéndose comprobado el abuso llegan con la derivación específica, “sospecha de abuso” o “abuso confirmado”.” (E6)

“Yo no he tenido, si bien he atendido niños con sospecha de ASI no han ingresado específicamente a tratamiento a TO, ni yo he detectado, si he atendido niños q estaban en tratamiento con psicología, o venían derivados por Servicio Social, que es donde había denuncias por sospecha de ASI” (E4)

“No tengo el registro de haber sido yo quien inaugure la sospecha del abuso o del maltrato, siempre han llegado desde una construcción de equipo, desde una admisión de equipo, de una admisión interdisciplinaria de salud mental, no desde la clínica de Terapia Ocupacional.” (E2)

En la mayoría de los CAPS se realiza una entrevista de admisión conjunta interdisciplinaria (en la que participa entre otras disciplinas, un profesional de Psicología). En general es aquí donde ya se plantea la situación de sospecha de ASI, porque es traída por la persona consultante (generalmente los progenitores, aunque en algunos casos es otro familiar cuidador) o por los síntomas que refieren con respecto al niño/a y que llevan a indagar situaciones o factores de riesgo para ASI.

En algunas ocasiones surge la derivación desde Pediatría en forma espontánea frente a un hallazgo o luego de la observación de indicadores de sospecha de ASI.

En este primer tamizaje, quedarían directamente en tratamiento con Psicología aquellos niños/as con sospecha de ASI, aunque en algunos casos requieren conjuntamente TO, donde el/la profesional ya en conocimiento de la situación agudiza su observación de signos y síntomas específicos que se puede manifestar en el espacio de TO.

La totalidad de las TO entrevistadas coinciden en tener o haber tenido en tratamiento un niño o niña con sospecha de padecimiento de ASI, cuyo ingreso desde la admisión

interdisciplinaria ya derivo en tratamiento con Psicología dado que la inquietud se planteó al momento del ingreso.

Motivo de Admisión

“El motivo de consulta por el cual ingresan al servicio de salud mental es por abuso confirmado, en este caso son derivados del hospital o con causa judicial para seguimiento familiar o de la víctima o por ANA⁵ (Asistencia al Niño Abusado), después llegan otros con sospecha de abuso, que en realidad el motivo de consulta es (estos ya vienen derivados por Servicio Social) por ser familias de riesgo y el otro motivo de consulta es problemas de conducta, que generalmente es la misma situación, son familias de riesgo que llegan al servicio de salud mental con motivo de consulta problemas de conducta o dificultades en la crianza y que vemos después algunos signos llamativos que hacen pensar en la sospecha de abuso.” (E6)

“Ahora llegó a la sala un caso de una chica que denunció a su abuelo por abuso, desde los nueve años, ahora tiene catorce. Esta nena tiene ingreso a la sala a los diez años. Motivo de la consulta: no quería hacer la materia fecal (retención), fue derivada a Psicología, concurrió solo un par de encuentros en los que no se sospechó nada.” (E6)

“Vienen con motivo de consulta, dificultades en la conducta en el contexto de una familia riesgosa digamos, de crianza riesgosa”. (E2)

“La derivan del jardín por autoagresión y heteroagresión.”(E1)

“Ahora tenemos allá otro caso, por ejemplo, de maltrato, que los padres lo niegan por supuesto, pero el nene tiene cuatro años, yo lo conozco desde bebé porque siempre tuvo un

⁵ www.ana_mardelplata@yahoo.com.ar

retraso en las pautas (en caminar, en hablar, etc.) Ellos siempre discontinuaron mucho el tratamiento, ahora vuelven porque empieza el jardín y tiene muchos problemas de conducta en el jardín. En realidad vuelven a principio de año porque no había dejado los pañales y tenía que empezar salita de cuatro y bueno vinieron”. (E1)

“...vino porque notaba al nene cambiado, ella ya se presenta diciendo que ella se crio en una secta que el padre era pastor, que el padre solía manosear a otros y que ahora alguien de la secta, ya que ella no va más, había tocado a su hijo. Muchos nenes vienen por eso últimamente. Del mes, dos o tres admisiones en el mes son así”. (E1)

“Cuando vienen los adultos porque su hijo toco a otro en el jardín, en la mayoría hay una historia de abuso en la familia, donde indagas. Nos viene pasando últimamente que vienen te lo dicen en la admisión y la psicóloga le dice “pasa dentro de la genitalidad propia de la edad que se toquen o que se miren, porque que les hace tanto ruido como para venir a consultar “ y en la admisión surge que alguna historia de abuso en la familia hay, intrafamiliar”. (E1)

“El motivo de consulta era un control de salud, y cuando la Pediatra lo va a examinar observa que el nene tenía el cierre del pantalón agarrado con un candado al cinturón, lo cual le llama (te imaginarás) poderosamente la atención, y la madre le plantea que había tomado esa medida porque el nene abusaba de otros nenes. Esto la pone en alerta a la Pediatra, me llama a mí, me pide que lo evalúe”. (E7)

“Tuvimos en atención otro chiquito con un cuadro de hiperactividad, tenía alrededor de cinco años, era “terrible” “un resorte”, muy llamativo, saltaba del escritorio a la camilla, y la pediatra me llamó para evaluarlo”. (E7)

“El nene hablaba como un adulto, parecía un adulto, con palabras y frases de un adulto, no jugaba, estas son las razones por las cuales me la deriva la pediatra además de la sospecha de

abuso, por la actitud del padre, no porque nadie referenciara o hiciera nada desde lo verbal, sino por la actitud del padre tan celoso de dejarlo solo al menor con la pediatra, ni siquiera la madre ingresaba, ingresaba el padre a la consulta. Esta era una situación que la madre consentía”. (E7)

“Otro caso, que recibimos ayer, es un niño de cinco años, abusado por uno de ocho años, y abusador a su vez...se encuentra recién en evaluación”. (E7)

“Otro niño que venía a nuestro taller en formas bastante irregular, un chico sumamente inteligente, motivo del ingreso al taller de juegos, era porque se portaba mal en la escuela. Era un chico con unas posibilidades de aprendizaje y de juego interesante. Reaccionaba impulsivamente, con dificultades en el control de impulsos, venía en forma irregular, así dos o tres años, venía dos meses ...dejaba...tres meses ...dejaba. Perdimos el rastro y la mama cada tanto venía a preguntar y el ultimo motivo de consulta por el cual me encuentra a mí la mama, no sé si viene directamente a consultar es que tenía encopresis, tenía 9 años en ese momento, al nene lo vimos desde los siete años”. (E5)

Los motivos de consulta son variables pero encuadran dentro de los indicadores psicológicos específicos e inespecíficos descriptos anteriormente:

- Dificultad en el control de esfínteres
- Dificultades en el comportamiento (auto y heteroagresión, alto nivel de actividad, comportamiento no acorde a un niño, dificultad en el control de los impulsos)
- Conductas hipersexualizadas o abusivas hacia otros niños/as
- Historia de abuso intrafamiliar parental
- Prácticas de crianza violentas

Las herramientas con que cuenta la Terapia Ocupacional en esta temática

“Le tomo algunas cosas así con lápiz, no graficaba casi nada y quiere jugar con unos muñecos y ahí es donde yo la veo jugar...pero la veo jugar raro, la veo que manipula la muñeca de un modo raro casi erótico diría, la abrazaba, la besaba, raro. Y la otra cosa que me impacto que no te lo dije, cuando la vi entrar con la mama, cuando la vi, cuando la conocí, era la mirada y la describo como una mirada torva, era seria. Viste que cuando le sonreís a un chico, hace otra gestualidad, acá no, era una mirada casi perdida y torva. Tenía 5 años. No recuerdo si iba al jardín. La evaluó y tenía un retraso importante en todas las áreas, no solo en el lenguaje...” (E5)

“El dibujo siempre fue algo que me intereso, sigo leyendo de dibujo, me parece que es una actividad que aporta muchísimo del desarrollo de los chicos”. (E2)

“...agudizar la escucha.” (E2)

“Los que se detectaron a través del dibujo, en general, estaban con la psicóloga o con ambas (Psicología y TO)” (E2)

“Todos tienen lenguaje pero no han referido ninguna situación a través del lenguaje, solo indicios a través del dibujo”. (E6)

“En uno de ellos, el dibujo es un hombre, hecho con palitos, colgado de un árbol con una soga al cuello y el otro un hombre “palito” con genitales y luego los genitales pintados de negro, como tapados. Estos dibujos no los hizo con la psicóloga, sino que una persona cercana a la familia los acerco a la sala, estando el nene en tratamiento”. (E6)

“El dibujo es bastante impulsivo, si bien es simbólico, por momentos tiene impulsividad, descarga motora y ella mientras dibuja refiere situaciones de maltrato por parte del padre.” (E6)

“No han referido ninguna situación a través del lenguaje, solo indicios a través del dibujo.”

(E6)

“Uno puede ver conductas disruptivas, o conductas de frustrarse o angustiarse.” (E4)

“Específicamente yo no lo tomaba como una técnica para detectarlo a eso, pero en el juego uno puede observar ciertas conductas, como romper, como frustrarse, angustiarse, niños que necesitan una contención, conductas estas que aparecen y no son comprensibles”.(E4)

“En realidad, siempre les doy el dibujo, los hago dibujarse a ellos y a la familia, porque me da como un panorama y después indago mucho en las características de la casa.” (E1)

“Cuando derivan porque es agresivo, antes siempre preguntaba cómo están las cosas en casa?... pero ahora voy más puntual, ...vos en casa que haces?” “¿cómo se llevan?, ¿quienes viven?, ¿dónde duermen?, ¿cómo duermen?” (E1)

“Ahora estamos evaluando a una nena de 5 años, que en su dibujo si... dibujo a ella y a su “papito” bien pegadito a ella, dice que quiere tener un novio, que quiere tener hijos, lo dibujo al papito, duerme con su papito.” (E1)

“El otro día cuando le pregunto: “porque te enojas tanto?” me dice “no me gusta que me toquen”, si bien es muy reciente ya se derivó a psicología y a trabajo social.” (E1)

“El dibujo: se dibuja ella, un solo ojo, la cara incompleta, es palito igual, y el padre pegadito a ella con las mismas características de ella, cuando le pregunto a quién dibujaste, ella dice este es mi “papito”. La madre me dice, no es el padre biológico, es el padrastro, la madre refiere que ella es muy pegada a él, que él está muy pendiente de ella, incluso más que de su propia hija que tiene dos años menos.” (E1)

“Pero el nene te lo dice abiertamente, está jugando y empieza “te voy a dar con el cinto me tenes cansada”,” te voy a cagar a palos” (como una ecolalia diferida)” (E1)

Dibujo y juego como herramientas básicas de TO y primeros lugares de manifestación del niño/a. **Escuchar y observar** como el niño/a se expresa y aquello que expresa.

Desde la Formación de grado específica de TO no se cuenta con herramientas para el análisis e interpretación de dibujos. El dibujo de la figura humana y/o dibujo de la familia aporta información que debe ser tomada en contexto y acompañada del relato del niño/a y de su expresión emocional cuando lo realiza.

El juego libre, simbólico, o con materiales que permiten mayor expresión y son más regresivos como la masa, permiten observar situaciones y experiencias vivenciadas por los niños/as.

En el grupo entrevistado no se encontró ningún caso donde el niño o niña explicitara en forma verbal estar sufriendo ASI a la terapeuta ocupacional.

Sí se observó en algunos casos conductas hipersexualizadas, que llamaron la atención de las profesionales.

Sólo en un caso, la TO observó conductas a través del juego, que luego interrogando a la madre confirmaría antecedente de ASI sufrido por la niña por parte de un primo del marido “la veo jugar raro, la veo que manipula la muñeca de un modo raro casi erótico diría, la abrazaba, la besaba, raro...”

“El indicio fue *ese juego raro...* y esa *mirada*, son las dos cosas que yo vi como muy fuertes. La nena nunca habló de eso.”

La vivencia del profesional frente a la detección de algún signo o síntoma de ASI

“Un dibujo que hacia ruido por todos lados...” (E1)

“Cuando veo un dibujo que me llama la atención por algo voy a la psicóloga y le digo, fijate esto.” (E1)

“Cuando la vi jugar así con la muñeca, le cambie el juego, porque yo me sentí incomoda” (E5)

“Uno con los años se pregunta, tal vez la tendría que haber dejado jugar más, porque yo te hablo que esto fue hace muchísimos años, quizá la tendría que haber dejado jugar más, porque era un lugar donde elaborar esto y después tuvo su espacio en psicología.” (E5)

“Otra cosa que me impacto, cuando la vi entrar con la mama, cuando la vi, cuando la conocí, era la mirada y la describo como una mirada torva, era seria” (E5)

“No lo intuimos, no lo sospechamos, no lo pensamos, pensamos que era una mama que le costaba ejercer control sobre el nene...” (E5)

“Yo creo que es un tema que sigue angustiando, el hecho de que hay angustia es de que de alguna manera la clínica con niños te sigue conmoviendo, no sé si llega el día en que esto no te conmueve. Lo innombrable si quieres, porque es el quiebre de las reglas más profunda de la constitución de los niños, es tan del orden de los subvertido...” (E2)

“Ahí no tuvimos mucho éxito desde las instituciones intermedias, fue un caso que tuvimos que trabajar mucho con servicio Social” (E7)

“Incluso fuimos amenazadas por el padre del nene...” (E7)

“...ese fue un día largo, que como te digo, no nos movimos de la Sala.” (E7)

“¿Ese juego es exploración?” (E7)

Se halló como situación común entre las TOs entrevistadas la sensación de experimentar extrañeza frente a un dibujo que sale de lo cotidiano no por su pobreza o riqueza en detalles, sino por lo bizarro de sus características y por la descripción verbal que pudo hacer el/la niño/a acerca de él.

También refirieron percibir incomodidad o extrañeza frente a un/a niño/a en su mirada, su gestualidad, su actitud, que las alertó pero de manera inespecífica.

Sensación de inseguridad e incomodidad en cuanto a la forma de proceder frente al juego hipersexualizado.

Sorpresa y culpa frente al develamiento tardío, cuando el/la niño/a había transitado por los espacios de atención de Salud Mental y no se había detectado el ASI mientras ocurría.

Compromiso en el trabajo con niños/as que las ha llevado en algunos casos a situaciones de riesgo o desagradables con los adultos agresores.

Duda frente a situaciones y expresiones de los niños/as que no resultan suficientes por si mismas para arribar a una sospecha fundada de ASI y realizar una denuncia.

Angustia, conmoción. Como dicen Poliakoff y Sanahuja: “Necesitamos creer que no sucede, porque nos interpela sobre nuestra propia sexualidad, sobre nuestro deseo, sobre las ideas de familia y de integridad del sujeto, que tenemos” (2013, p.97)

La formación de grado recibida al respecto

“No durante la Carrera de grado. Posteriormente, cuando uno hace más especialización en niños, al estudiar el Desarrollo general del niño y lo que puede vulnerar el desarrollo de un

niño lo que tiene que ver con estas situaciones, he recibido formación, pero no para la detección específica. No para detectar específicamente, sí para poder acompañar un niño que ha pasado por una situación tan fuerte.”

“Respecto de la Formación específica vinculada al tema, en la Carrera no recibí formación, durante la práctica clínica y durante el ejercicio profesional no realice capacitación específica, toda la información y la formación es a raíz del trabajo interdisciplinario con psicólogos que lo tuve desde el comienzo de mi practica en el área de pediatría.”

“No, específico de la temática. En algún congreso o curso, ver algo, pero no específico de formación en ASI. Sí que se tocara el tema, pero no formación específica.”

“...eso sí me dio la carrera, algunas cosas sí indago más o estoy más atenta. “ (Carrera de Especialización en Violencia Intrafamiliar de la Universidad Nacional de Mar del Plata)

“He leído, pero no tenemos formación, en la carrera vimos un libro que se llama “El cuerpo en la psicosis” que tenía mucho dibujo.”

“Tampoco nos formaron para entender que un nene que tiene retraso puede ser por una situación de maltrato o `por una situación de abuso. Nosotros estamos formados, tiene un retraso o tiene problemas de conducta, será un TGD o entra dentro de algún diagnóstico. Hoy te das cuenta que la mayoría no entra dentro de ningún diagnóstico, en cambio tiene una situación sociofamiliar terrible, hace lo que puede y se desarrolla como puede en un contexto determinado familiar.”

“En lectura, en lectura personal”

“Sí, en la Carrera de especialización en infancia e instituciones tuvimos una asignatura específica sobre ASI”.

“Pero de detección, no tengo recuerdo que me haya dado indicadores concretos por ejemplo en el dibujo, en el juego. Si quizá, a partir de la lectura, porque en esa asignatura hemos trabajado en relación a casos, pero no de manera sistemática.”

“En la formación de grado no tengo el registro de haber recibido formación específica de cómo puede ser la manifestación sintomática de un niño que ha sufrido abuso o maltrato.”

Hubo consenso entre todas las entrevistadas en la escasa formación de grado respecto a la temática de maltrato y abuso en general, y en las escasas herramientas con que cuenta la profesional a la hora de enfrentarse por primera vez con una situación de estas características. Reconociendo haberse formado a partir de la experiencia laboral conjunta con otros profesionales y de sus inquietudes personales para profundizar en la temática.

No se observaron diferencias en cuanto a formación desde la práctica considerando los años de trabajo en APS ya que todas poseen experiencia en el trabajo con niños y niñas, y en el trabajo interdisciplinario.

En este apartado no se identificaron con número de entrevistada porque develaría la identidad de las mismas en algunos casos.

La casuística dentro del ámbito de TO

En general la casuística fue muy baja, las terapistas encuestadas refirieron de uno a tres casos en tratamiento en TO o de detección dentro del trabajo interdisciplinario, en su mayoría la sospecha de ASI ya era traída como motivo de consulta a la admisión.

En todos los casos donde se detectaron signos presumibles de ASI no hubo una intencionalidad de detección previa. Surgieron como hallazgo dentro de un contexto de evaluación y/o tratamiento por otro motivo de derivación como dificultades de comportamiento y aprendizaje en el jardín o escuela.

También se observó que niños/as que recibieron tratamiento durante la niñez, develaron el abuso años después, no pudiendo detectarse mientras esto ocurría, como ya mencionamos antes, solo un 2% de los casos de ASI se detectan mientras suceden (Echeburúa, E, Guerricaechevarría, C., 2000, p.18). Esto demuestra una vez más la oscuridad y silencio que se cierne sobre el abuso sexual infantil.

El área de TO atiende diariamente gran cantidad de niños y niñas en situación de riesgo para el ASI, considerando las condiciones socioeconómicas y socioculturales atravesadas por la desocupación, la escasa educación, la violencia y el consumo problemático de sustancias. Si bien, el ASI puede ocurrir en cualquier grupo social, aquí hablamos de factores de riesgo aumentado. El hecho de presentar una casuística tan baja nos puede llevar a pensar que hay un sub-registro de esta problemática, entendiendo también que existen conductas abusivas que no son percibidas como tal por parte de la familia, dado que tienen que ver con prácticas de crianza parentales/familiares.

Conclusión

Retomando estas palabras de Summit (traducción 2005):

“A menos que la víctima pueda contar con alguna autorización y poder para *compartir el secreto* y a menos que exista la posibilidad de una respuesta de compromiso...”

El/la terapeuta ocupacional es miembro del Equipo de Salud Mental y atiende población de riesgo para el ASI (población en situación de vulnerabilidad social, y/o niños/as con retrasos o desvíos del desarrollo), el ASI es además determinante de padecimientos mentales presentes y futuros, por lo cual es imperiosa la detección precoz, la derivación a Psicología y el tratamiento interdisciplinario.

Ante el interrogante: ¿Puede ser el espacio de atención en Terapia Ocupacional un lugar de detección para el abuso sexual infantil?

Arribo a las siguientes respuestas:

1) El espacio de atención de TO de niños/as en Atención Primaria de Salud debe considerarse un lugar primordial para la detección de signos y síntomas de maltrato y abuso sexual infantil, que facilitará la derivación y atención precoz interdisciplinaria. Dado que:

- las/los TO son miembros del Equipo de Salud Mental con formación amplia en Desarrollo Infantil Integral
- poseen herramientas de trabajo como el juego, el dibujo, actividades corporales y manuales que facilitan la manifestación de las situaciones y vivencias que atraviesa el niño/a
- recibe cotidianamente consultas acerca de niños/as con dificultades en sus ámbitos ocupacionales (hogar, jardín, escuela),
- los/as niños/as en atención con TO son población de riesgo para el ASI,

- las cifras de abuso sexual infantil en el sentido amplio del término puede llegar a un 20% de la población,

- sólo el 2% de los casos de ASI se detectan mientras está ocurriendo (Echeburúa, E, Guerricaechevarría, C. (2000)), y

-la frecuencia y regularidad de asistencia a un espacio terapéutico genera un vínculo de confianza y afecto que facilita la comunicación de vivencias hacia el adulto

2) Al trabajar en atención de niños/as se debiera contar con mayor formación en la detección de indicadores de MI y ASI.

3) Al trabajar en atención de niños/as se debiera poseer mayor formación en el proceder adecuado, frente al develamiento o manifestación de signos psicológicos específicos de ASI, para evitar la revictimización del/la niño/a y para lograr la interrupción de la situación de abuso o de riesgo del mismo.

4) Debe ser Política Pública la capacitación continua en violencia intrafamiliar para todos los miembros del equipo de salud que atiende un niño o niña en un CAPS. Como refieren Escobar Vilches, S. y Fernández Coloma, S. (2013) en su Tesis de Maestría en TO de la Universidad Andrés Bello, de Chile. “La problemática del abuso sexual infantil se ha convertido en un tema contingente y de suma relevancia, pues constituye una de las formas más graves de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes”.

En un crimen donde usualmente no hay un testigo ocular de tercera parte y no hay evidencia física, el veredicto, la validación de la percepción del niño de la realidad, la aceptación por los cuidadores adultos y aún la sobrevivencia emocional del niño pueden depender del conocimiento y habilidad del clínico evaluador Summit (Traducción 2005).

Bibliografía

Ammerman, R. Van Hasselt, V. y Hersen, M. (1988) "Maltrato en niños con discapacidades".
Journal of Family Violence, Vol. 3, N° 1

Ardino, V. (2009). "Il disturbo post-traumatico nello sviluppo". Edizioni Unicopli, Milano, Italia. Traducción al español Sandra Baita. "El futuro del TEPT complejo y el Trastorno Traumático del Desarrollo".

Arredondo Osandon, V. (2001-2002) Guía básica de prevención Programa Regional de Prevención del Maltrato Infantil, Chile Corporación ONG-PAICABI

Baita, S. (2011) "Trastornos disociativos, apego desorganizado y abuso sexual infantil" Implicaciones para las prácticas de intervención. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología. Volumen 1, N°1.

Baita, S. (s.f.) "Trastorno traumático del Desarrollo: una nueva propuesta diagnóstica". Bibliografía de la Carrera de Especialización de Violencia Intrafamiliar. Segunda cohorte, año 2013. UNMDP.

Berlinerblau, V. (2014) Delitos contra la integridad sexual. Abuso sexual. Autoría y participación. Un fallo que contempla la función clínica reparadora del Derecho. Cámara Federal de casación Penal, Sala IV. 2012-12-04. F.C.M. sin recurso de casación. Publicado: DRF 2014-III-14.

Bringiotti, M. I. (1999) Maltrato Infantil. Madrid. Miño y Dávila. En: Giuzalán-Servicio Especializado en Orientación Atención Familiar- Gobierno Vasco (1989)

Bringiotti, M. I. (1994) “La escuela ante los niños maltratados”. Ensayos y experiencias *Nº32. Infancia en riesgo. Temas de educación. Paidós. Buenos Aires. 2000 Bueno Gutierrez y Alvarez: El maltrato institucional. Jornadas sobre Infancia maltratada. Vittoria. España.

Bringiotti, M. I., Asnicar, M. E. (2005) Investigación epidemiológica del maltrato infantil. Escuelas especiales de la secretaria de educación de la ciudad autónoma de buenos aires. Programa de Investigación en Infancia maltratada. A través de la Secretaria de Ciencia y Técnica de la Universidad de Bs. As- proyecto de investigación UBACYT- F144

Bringiotti, M. I., Raffo, P.E. (2010) Abuso sexual infanto-juvenil. Prevalencia y características en estudiantes universitarios de la ciudad de buenos aires. "Revista Derecho de Familia Nro. 46, Julio/Agosto 2010. Ed. Abeledo Perrot. ISSN 1851-1201, pág. 293/305, Bs. As.

Bringiotti, M.I., (2008) “Abuso Sexual Infantil. Derribando mitos a partir del análisis de los datos aportados por las investigaciones”. Publicado en Abuso sexual 3, Volnovich, J. (comp.) Lumen.

Carlson, V., Cicchetti, S., Barnett, D. and Braunwald, K. (1989) Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25.

Cohen RA, Grieve S, Hoth KF, et al. (2006) Early life stress and morphometry of the adult anterior cingulate cortex and caudate nuclei. *Biol Psychiatry*.

De Bellis MD. (2005) The psychobiology of neglect. *Child Maltreat*.

Echeburúa, E, Guerricaechevarría, C. (2000) *Abuso Sexual en la Infancia: Víctimas y Agresores. Un enfoque clínico. Estudios sobre Violencia*. Editorial Ariel S.A. Barcelona.

Escobar Vilches, S. y Fernández Coloma, S. (2013) Evaluación de las prestaciones profesionales frente a la intervención del Abuso Sexual Infantil y/o Adolescente de los Programas de Protección Especializada en Maltrato y Abuso Sexual Infantil (PRM) de las comunas de Quilicura e Independencia correspondiente al Consejo de Defensa del Niño (CODENI) durante el periodo comprendido entre Noviembre 2011 y Junio 2012. Escuela de Terapia Ocupacional. Facultad de Rehabilitación. Universidad Andrés Bello. Chile.

Feldman W, Feldman E, Goodman JT, et al. (1991) ¿Está realmente aumentando la prevalencia de los abusos sexuales en los niños? Un análisis de las pruebas. *Pediatrics* (ed. español) Vol. 32: 5-8.

Finkelhor, D. (1994) The International epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect*.

Galanes, S.- Aron, A. M. (2007). “Construcción de una escala para medir creencias legitimadoras de violencia en la población infantil” *PSYKHE*, Vol.16, N.º 1

Glasgow, D.; Home, L.; Calam, R. y Cox, A. (1994) "Evidence, incidence, gender and gain sexual abuse of children perpetrated by children. Towards a development analysis of child sexual abuse". *Child Abuse Review*, 3, 196-210.

Gil, E. (s.f.) "El impacto del Abuso sexual" Traducción Lic. Sandra Baita. Cátedra Carrera de especialización violencia intrafamiliar.

González Vazquez, A. (2014) "Disociación y trauma". Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Recuperado de:

<http://acestoohigh.com/2014/07/29/to-prevent-childhood-trauma-pediatricians-screen-children-and-their-parentsand-sometimes-just-parents/>

Hume, M. B.A. M. Soc. Sc. (2003) Relación entre abuso sexual infantil, violencia doméstica y familias en proceso de separación. *Trabajo presentado en la 'Child Sexual Abuse: Justice Response or Alternative Resolution Conference'* [Conferencia 'Abuso Sexual Infantil: Respuesta de la Justicia o Solución Alternativa'] *convocada por el Australian Institute of Criminology y llevada a cabo en Adelaide.*

Intebi, I. (1998) Abuso sexual infantil: en las mejores familias. Granica. Barcelona. España. Investigación y judicialización de casos de agresiones sexuales infantiles en Chile.

Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. (2001) Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse Negl.* Vol. 25: 1139-58.

Kendall-Tackett KA, Meyer Williams L, Finkelhor D. (1993) Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.*

Kielhofner G. (1992) *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia: FA Davis.

Larrain H., S. -Bascuñan D., C. (2008) “Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile”. *Análisis comparativo 1994.2004’2006*. Revista Chilena de Pediatría. Noviembre.

Liotti, G. (1999) Disorganization of attachment as a model of understanding dissociative psychopathology. En J. Salomon y C. George (Eds.). *Attachment disorganization* (p.291-317). New York: Guilford.

Lopez, F, (1994) *Abusos sexuales de menores. “Lo que recuerdan los adultos”*. Madrid: España. Ministerios de asuntos sociales.

López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. (1995) Pre-valencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse Neglect*. Vol. 19: 1039-50.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. and Bianchi, I.(2006) From Infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29.

Main, M. and Hesse, E. (1990) “Parent’s unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En Greenberg. M.T., Cicchetti, D y Mark Cummings, E. (editores)

Attachment in the preschool years. Theory, research and intervention (pgs. 161-182).

Chicago: The University of Chicago Press.

McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. (2009) Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*.

Meaney MJ, Szyf M, Seckl JR. (2007) Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health. *Trends Mol Med*.

Mebarak, M.R., Martínez, M. L., Sánchez Herrera, A., Lozano, J. E. (2010) “Una revisión acerca de la sintomatología del Abuso Sexual Infantil”. *Psicología desde el Caribe*, núm. 25, enero-junio.

Mesa-Gresa, P. Moya Albiol, L. (2011) Neurobiología del maltrato infantil: el ‘ciclo de la violencia’ www.neurologia.com *Rev. Neurol*.

Moreno, Paula (s.f.). “La adopción de un niño severamente maltratado”.

Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil.

ChildONEurope Serie 1. 2007. Disponible en:

<http://www.observatoriodelainfancia.msps.es/productos/docs/recogidaDatosMaltratoInfantil>

Pereda, N. Gallardo-Pujol, D. (2011) Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Barcelona. España Gac Sanit*. 25(3):233–239

Pina do Santos, B., da Cunha Dantas, F., da Silva Araujo, L., Sabino Oliveira, T. y Oliveira do Rosario. P., (2010) Contribución de la Terapia Ocupacional a los niños institucionalizados víctimas de violencia sexual. Universidad de Buenos Aires. Rev. NUFEN. Vol. 2 N° 2. Sao Paulo. Brasil.

Poliakoff, S Sanahuja, A. (2013) *“Para que el secreto se haga voces”*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones El Escriba.

Pou J, Ruiz A, Comas L, Petitbó MD, Ibáñez M, Bassets J. (2001) Abuso sexual. Experiencia en una unidad funcional de abusos a menores. *An Esp Pediatr*. Vol. 54: 243-50.

Pozo Morales, P. A.- Vial Aguilar, V. S. (2009) *“Intervención en Abuso Sexual Infantil y del Adolescente: Un estudio exploratorio-descriptivo acerca del abordaje en abuso sexual infanto-juvenil en la Clínica Psiquiátrica Universitaria como contexto privado de la red de salud mental”* Universidad de Chile. Santiago.

Rodríguez Cely, L. A. (2003) Intervención Interdisciplinaria en casos de Abuso Sexual Infantil. Univ. Psychol Bogotá. Colombia. 2 (1) 57-70

Rodrigo, A., Ortale, S., Sanjurjo, A., Vojkovic, M., & Piovani, J. (2006). Creencias y prácticas de crianza en familias pobres del conurbano bonaerense. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104 (3).

Summit, Donald M.D. (traducción 2005) El Síndrome de acomodación al Abuso Sexual Infantil. (Eugenio Araya Olivares Psicólogo-Traductor).

Taylor, S. J. y Bogdan, R, (1986) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Buenos Aires. Argentina. Editorial Paidós.

Tomoda A, Navalta CP, Polcari A, et al. (2009) Childhood sexual abuse is associated with reduced gray matter volume in visual cortex of young women. *Biol Psychiatry*.

Tomoda A, Suzuki H, Rabi K, et al. (2009) Reduced prefrontal cortical gray matter volume in young adults exposed to harsh corporal punishment. *NeuroImage*.

Valles, M. S. (1999) *Técnicas cualitativas de Investigación Social*. Reflexión metodológica y práctica profesional. España. Ed. Síntesis. 1º Reimpresión.

Volnovich, Jorge (2013) Cátedra de la Carrera de Especialización de violencia Intrafamiliar. Segunda Cohorte. UNMDP

Glosario

Atención Primaria de la Salud (APS): es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad. Declaración de Alma Ata: La Conferencia

internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expresó la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS): son los establecimientos a través de los cuales la comuna brinda asistencia sanitaria esencial.

Retraso Global del desarrollo (RGD): se define como el retraso en 2 o más de las áreas del desarrollo, dentro de las que se encuentran: motor fino y grueso; lenguaje y habla; funciones cognitivas; desarrollo personal social y actividades de la vida diaria. En términos generales es debido a una afección del Sistema Nervioso Central (encefálico). Este retraso en las habilidades debe de ser de 2 desviaciones estándares en comparación con las habilidades esperadas para su edad. Este término se aplica para niños menores de 5 años. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE 10.

Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE 10.:La CIE-10 es el acrónimo de la *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión* correspondiente a la versión en castellano de la versión en inglés *ICD*, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Está prevista su sustitución por la **CIE-11** en mayo de 2018.

Neurogénesis: es el proceso por el cual se generan nuevas neuronas a partir de células madre y células progenitoras. A través de precisos mecanismos genéticos mediante los cuales se determina el linaje celular se generan diferentes variedades de neuronas excitatorias e inhibitorias desde diferentes tipos de células madre neurales. La neurogénesis se encuentra

más activa durante el desarrollo prenatal y es responsable de poblar con neuronas el encéfalo en crecimiento.

Hipocampo: El hipocampo es un pequeño órgano situado dentro del lóbulo temporal intermedio del cerebro y crea a una parte importante del sistema límbico, la región que regula emociones. El hipocampo se asocia principal a la memoria, particularmente memoria a largo plazo.

Amígdala cerebral: Conjunto de núcleos neuronales situados en la cara interna de los lóbulos temporales del cerebro. La amígdala forma parte del sistema límbico y su función principal es participar en la activación y gestión de las emociones.

Cerebelo, estructuras cerebelares: Órgano que se encuentra en la región posterior del cráneo y cuya función principal es de integrar las vías sensitivas y las vías motoras. Las investigaciones actuales han mostrado que el cerebelo tiene un papel más amplio que el de regular la motricidad, estando así relacionado con ciertas funciones cognitivas como la atención y el procesamiento del lenguaje, la música, el aprendizaje y otros estímulos sensoriales temporales.

Cuerpo Calloso: Es el haz de fibras nerviosas más extenso del cerebro humano. Su función es la de servir como vía de comunicación entre un hemisferio cerebral y otro, con el fin de que ambos lados del cerebro trabajen de forma conjunta y complementaria.

Córtex cerebral: Es la capa más externa del cerebro, constituyendo la sustancia gris, está compuesto por los cuerpos neuronales. Se desarrolla lentamente mediante procesos cíclicos de reorganización. Siendo la corteza prefrontal (región anterior del cerebro) la región cortical que se desarrolla más tarde, ya que las mayores proyecciones se mielinizan entre la adolescencia y la tercera década de la vida.

HIEMI: Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. Ciudad de Mar del Plata

HIGA: Hospital Interzonal General de Agudos. Ciudad de Mar del Plata

Programa Remediar: es un Programa dependiente del Ministerio de Salud de la República Argentina. Su objetivo es el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Comenzó su funcionamiento en el año 2002. Es a través del envío de botiquines con medicamentos esenciales y otros insumos, a más de 6.600 Centros de Atención Primaria de la Salud.

Plan Nacer/Programa Sumar: El Programa Sumar brinda asistencia sanitaria en todo el territorio nacional a embarazadas, niños y adolescentes hasta 19 años, mujeres y varones hasta los 64 años, sin cobertura social. Sumar, que es la ampliación del Plan Nacer, apunta a reducir la tasa de mortalidad materna e infantil, disminuir las muertes por cáncer de útero y de mama, prevenir y tratar otras enfermedades. Dicha asistencia médica se ofrece dentro del sistema de salud público y gratuito. Inicialmente SUMAR cubría a la población materno-infantil. Luego se incorporó a los niños y adolescentes de 6 a 19 años, además del cuidado integral de la salud de las mujeres hasta los 64 años. A partir de mayo del 2015, los varones, entre 20 y 64 años, sin cobertura social, se incorporaron al Programa SUMAR

Salud Sexual y Procreación Responsable: están son todas aquellas acciones que están dirigidas a lograr el nivel más elevado de salud sexual, disminuir la morbimortalidad infantil, prevenir embarazos no deseados, prevenir la salud sexual de los/las adolescentes, contribuir a la prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual, información y orientación a la población en estos temas.

Asignación Universal por hijo (AUH) y Asignación Universal por Embarazo (AUE): Es un seguro social que otorga a personas desocupadas, que trabajan en el mercado informal o que ganan menos del salario mínimo, un beneficio económico por cada hijo menor de 18 años o hijo discapacitado. A partir de mayo de 2011, las prestaciones se complementaron

con el lanzamiento de la «asignación universal por embarazo (AUE) para protección social», que se otorga a las futuras madres que se encuentren en las doce o más semanas de gestación.

Encopresis: defecación involuntaria de un/a niño/a mayor de tres años que no tiene causa orgánica.

Anexo

**Centros de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad del Partido de
Gral. Pueyrredón**

Barrio 2 de Abril - Cisneros y Falconier- TE 460 1252
Barrio 9 de Julio - 9 de Julio 7850- 470 0169
Aeroparque - Calle Mugaburu y Pelayo- 471 1199
Alto Camet - Cura Brochero 7100 y los Helechos- 469 8021
Ameghino • Guardias las 24 horas - Luro 10.052- 487 9690 / 487 4436
Antártida Argentina - Calle 479 Quintas de Peralta Ramos- 469 5386
APAND - Monseñor Zabala y Santa Cruz- 478 4239
Batán • Guardias las 24 horas - Calle 145 y 132- 464 2111 / 464 3872
Belgrano - Calle 222 (Carmen de las Flores) 1493 y 33 (Soler) 465 0343 / 465 2913
BelisarioRoldán - Rauch bis 3131 / 35 s/d- 464 4154
Centenario - Tierra del Fuego 3116- 474 4327
Centro de Salud 1 - Colón 3294- 495 0568 / 492 2697 / 493 2309
Centro de Salud 2 - 12 de Octubre 4445- 499-7980
Colonia Barragán - Ruta 2 km 385- 460 9005
Colonia Chapadmalal - Unidad Turística Chapadmalal- 469 9296
Don Emilio - Canesa 1642- 465 1679
El Boquerón - Ruta 88 km 23- 464 2368
El Martillo - Génova 6657- 481 2337
Estación Camet - J. P. Camet entre La Laura y Rivadavia (Ruta 2 km 393) 460 0237
Estación Chapadmalal - Calle 9 entre 24 y 26- 464 2112
Faro Norte - Sánchez de Bustamante 3460- 467 1078

Félix U. Camet - Calle 28 entre Fitz Roy y Olivia
Ingeniero Miconi - Parque Independencia - Autopista Jorge Newbery 3575- 467 4026
I.R.E.M.I - San Martín 3752- 499 7701/02/21
La Peregrina · Guardias las 24 horas - Ruta 226 km17
Las Américas - J. N. Fernández (ex 202) 360- 465 0295
Libertad - Leguizamón 552- 487 3030 / 487 5541
Coelho de Meyrelles - Alejandro Korn 2279- 489 2006
Newbery - Moreno 9375- 487 3401/8472
Parque Hermoso - Calle 206 y calle 1- 465 0830
Playas del Sur · Guardias las 24 horas - Calle 11 número 360 entre 8 y10 467 2858
Santa Rita - Guanahani 7751- 483 0385