

# ABUSO SEXUAL HACIA LAS INFANCIAS. LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD Y LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Vázquez A. Abuso sexual hacia las infancias. La importancia de la detección de los equipos de salud y la educación sexual integral para la prevención. *Rev Arg Med* 2021;9[3]:264-268

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/oogkwkygk>

Recibido: 18 de agosto de 2021.

Aceptado: 2 de septiembre de 2021.

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología. Surcos A.C.

## CHILDHOOD SEXUAL ABUSE. THE IMPORTANCE OF DETECTION BY HEALTH CARE TEAMS AND INTEGRAL SEXUAL EDUCATION FOR PREVENTION

Alejandra Vázquez<sup>1</sup>

### RESUMEN

El abuso sexual hacia las infancias es una problemática social en todo el mundo, una vulneración extrema de los derechos de niñas y niños y un grave problema de salud pública. Lleva muchos años de existencia, pero poco tiempo de visibilización y reconocimiento social. El nivel de complejidad del problema, así como los mitos y creencias erróneas instaladas en el contexto sociocultural actual, dificultan su detección y plantean importantes desafíos a los equipos de salud. Para comprender y abordar las situaciones de abuso hacia las infancias es fundamental la capacitación y actualización continua de los equipos de salud, que incluyan el conocimiento de las particularidades de la problemática, la dinámica del abuso, sus efectos, los indicadores para su detección y la importancia de la educación sexual integral para prevenirlo. El presente artículo tiene como objetivo brindar herramientas a los equipos de salud desde una perspectiva de derechos y salud comunitaria que favorezcan una revisión crítica de las intervenciones en situaciones de abuso hacia las infancias desde el sistema sanitario y promueva abordajes interdisciplinarios, integrales e intersectoriales, a los fines de evitar que se perpetúe la problemática y la revictimización de niñas y niños.

**PALABRAS CLAVE.** Abuso sexual hacia las infancias, detección, educación sexual integral.

### ABSTRACT

*Childhood sexual abuse is not only a worldwide social and public health issue, but also the extreme violation of boys' and girls' rights. This subject matter has been around for many years, but its exposition and social awareness are quite recent. The complexity of the issue, along with the mistaken myths and beliefs rooted in current sociocultural context, interfere with detecting and addressing the problem, posing a major challenge for health care professionals. To better approach and comprehend situations of child abuse, it is essential that health care teams have continuous training and update on the matter, which include the insight of the problem's traits, the dynamics of the abuse, its effects, indicators for its detection, and the importance of providing comprehensive sex education for preventing it. The goal of this article is to provide tools to health care teams from a rights and community health perspective that enable the health care system to favor a critical review of interventions in situations of abuse towards children and promote interdisciplinary, comprehensive and intersectoral approaches, in order to avoid the problem perpetuation and the re-victimization of girls and boys.*

**KEY WORDS.** *Childhood sexual abuse, detection, comprehensive sex education.*

La autora manifiesta no poseer conflictos de intereses.

**CONTACTO PARA CORRESPONDENCIA**

Correo electrónico:

[avazquez@proyectosurcos.org](mailto:avazquez@proyectosurcos.org)

El abuso sexual hacia las infancias es una de las formas de violencia que ha estado invisibilizada durante muchos años. Constituye un delito tipificado en el Código Penal como delitos contra la integridad sexual y es una vulneración de los derechos de les niñas conforme la Ley nacional 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes promulgada en 2005. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud señalan que una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 varones han informado haber sufrido algún tipo de abuso sexual durante la infancia (1). Por otra parte, el Estudio Global elaborado por Unicef en 2014 estima que más de una de cada diez niñas sufrieron abuso sexual en su infancia (2). En relación con los perpetradores, aproximadamente el 95% son varones y las estadísticas indican que alrededor del 90% son familiares o pertenecen al entorno de confianza de la familia (3).

## Definición

El abuso sexual hacia las infancias hace referencia a un conjunto de conductas o actos con un contenido sexual y es cometido por una persona adulta hacia una niña, niño o niño con el propósito de conducir a su gratificación sexual (4). La gratificación del ofensor está ligada al placer que le produce la relación de dominio-sumisión-control. Al estar cometidos por un adulto, estos actos tienen una intención sexual que no es comprendida por les niñas de la misma manera que por las personas adultas, ya que no se encuentran ni evolutiva ni emocionalmente maduras para comprenderlos. Hay una diferencia básica entre la adultez y la niñez por su nivel madurativo y por su nivel de desarrollo psicosexual, motivo por el cual les niñas no pueden dar su consentimiento, aunque estos actos contengan o no una coacción explícita por cualquier medio y aunque comporte o no contacto físico o genital. El término *consentimiento* no puede utilizarse en el contexto del abuso sexual hacia las infancias, porque les niñas abusadas sexualmente están siendo sometidas a la voluntad de quien abusa de ellas, voluntad que además se ejerce desde una posición de autoridad y con diversos niveles de coerción. (5) Esta diferencia entre les niñas y el adulto evidencia un desequilibrio de poder marcado por la asimetría de edad y por el lugar de significación que tiene ese adulto para ellas. Esta asimetría de poder ubica siempre a la víctima en un alto estado de vulnerabilidad y dependencia.

La mayoría de los perpetradores son varones. En alrededor del 90% de los casos, el victimario forma parte del vínculo de confianza de les niñas, de la familia, es conocido de ellas o de la misma familia. (3) En el 10-15% de los casos el victimario es desconocido.

Los abusos sexuales se pueden presentar bajo dos modalidades (6):

- Abuso sexual intrafamiliar: ocurren en el ámbito intrafamiliar e incluyen a todo el grupo familiar biológico, político o adoptivo, nuclear y extenso: padres, padrastros, madres, madrastras, hermanos, tíes, primos, abuelos.
- Abuso sexual extrafamiliar: involucran a todas las personas que no conforman el grupo familiar de les niñas, pero que tienen suficiente acceso a estas como para cometer el abuso a lo largo de un tiempo: cuidadores, docentes, amigos y/o allegados de la familia o de algún miembro en particular de la familia, entre otros.

Las conductas que conforman abuso sexual están establecidas en el Código Penal de la Nación Argentina como delitos contra la integridad sexual.

Las conductas de abuso incluyen:

- Violación, exposición de los órganos sexuales, tocamientos, contacto genital oral, hacer que les niñas toquen al adulto en sus genitales, por encima o por debajo de la ropa, contacto oral-genital del adulto a niñas o viceversa, tocar a les niñas en sus genitales por encima o por debajo de la ropa.
- Explotación sexual comercial: involucrar a niñas en la obtención de pornografía aunque el adulto no tenga contacto con ellas, utilización de niños, niñas y niños en espectáculos sexuales, donde exista, además, un intercambio económico o pago de otra índole para les niñas o para un tercero intermediario.
- Trata de niñas: implica el ofrecimiento, la captación, el transporte y/o traslado –dentro del país, desde o hacia el exterior–, la acogida o la recepción de niñas, con fines de explotación sexual.
- *Grooming* o ciberacoso sexual: es la acción deliberada por parte de un adulto de acosar sexualmente a un niño, niña o niño mediante el uso de Internet.

## Mitos y realidades

En nuestra sociedad existe una cantidad de prejuicios y falsas creencias sobre el abuso sexual hacia las infancias que están en la base de una visión distorsionada de la problemática (5,7), lo que en muchas situaciones favorece su invisibilización y la revictimización.

Mitos	Realidades
Les niños mienten o fantasean cuando relatan situaciones de abuso sexual.	Los niños no pueden fantasear detalles de una actividad sexual cuyo conocimiento es absolutamente inapropiado para su edad.
Los abusadores son enfermos psiquiátricos.	No son enfermos, son totalmente responsables de lo que hacen. La pregunta que nos tenemos que plantear es si estas personas pueden ser responsabilizadas por sus actos, si conocen la diferencia entre una conducta que daña, que hace mal y otra que no, y si han podido elegir de alguna manera realizar esa conducta o no. Los abusadores lo distinguen, por lo tanto, deben ser responsabilizados. La mayoría de las personas con trastornos psiquiátricos no violenta sexualmente a niños.
Es fácil detectar el perfil de un abusador.	Es un grupo muy heterogéneo, no hay un perfil específico. Pueden tener diferentes tipos de personalidad. No hay ningún tipo de personalidad que excluya la posibilidad de que una persona haya violentado sexualmente a niños.
La madre casi siempre es la entregadora.	Este mito está vinculado a la cultura patriarcal que atribuye la responsabilidad y culpa a las mujeres bajo la concepción de que "son malas madres por no haber estado atentas a lo que les sucedía a sus hijos".
El abuso sexual hacia la infancia es un problema de las clases sociales bajas.	El abuso sexual hacia los niños en todas sus formas no distingue clases sociales, género ni religión.

## La detección y los equipos de salud

La detección por parte de terceros es muy difícil por la resistencia a aceptar la realidad, por los mitos que rodean la problemática, la intimidad en la que transcurre el abuso, y la ausencia de capacitación y formación de la población en general para identificar las señales de alarma. A los obstáculos mencionados se agrega la doble fachada del perpetrador y su habilidad para imponer a los niños una ley de silencio (8,9) que les garantiza la impunidad y genera en ellos sentimientos de temor y culpa muy difíciles de romper, especialmente cuando el perpetrador es un familiar.

La revelación del abuso puede ser voluntaria o intencional (10) y se puede presentar en el contexto de la atención médica o de equipos de salud de diferentes disciplinas. Se debe tener en cuenta que tal vez esa sea la única oportunidad en que se debe el abuso o los niños puedan expresarlo en palabras. Por ello, la intervención de los equipos de salud es fundamental desde la sospecha/detección hasta la puesta en marcha de los circuitos necesarios para garantizar la atención integral y la protección, y de esta manera, evitar la perpetuación de la problemática.

### Indicadores específicos

- Relato de los niños (10): Si una niña, niño o niña nos cuenta una situación referida a una experiencia sexual, propia o ajena, que por su edad no debería conocer, es importante saber que es imposible que la haya inventado. Así sea un relato disfrazado en un cuento, sueño o comentario al pasar en medio de otra conversación. No ser escuchado puede ser traumático, ya que muchas veces superar la culpa, el miedo o la vergüenza para volver a intentarlo puede llevarle muchísimo tiempo.

- Indicadores físicos: Lesiones en la zona genital y/o anal; desgarros recientes o cicatrizales del himen; diámetro del himen mayor de 1 cm; desgarramiento de la mucosa vaginal; dilatación anal y esfínter hipotónico; sangrado por vagina y/o ano; inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado (asociadas a hallazgos anteriores) (10).
- Infecciones de transmisión sexual: Sífilis; blenorragia; VIH no preexistente al momento del nacimiento; condilomas acuminados ("verrugas genitales"); por VPH o canal de parto, flujo vaginal infeccioso con gérmenes no habituales en niños mayores de 3 o 4 años (*Clamidia*, *tricomonas*, etc.); embarazo (10).

### Indicadores psicológicos de alta certeza

- Conductas hipersexualizadas: interacción sexual con pares (no confundir con exploración sexual), agresión sexual a niños menores o más vulnerables (10).
- Conocimiento sexual no acorde a la edad: penetración pene/vagina, eyaculación, coito anal, descripción acerca de qué se siente en el coito, descripción del semen: color, consistencia, etc. (10).
- Sintomatología asociada al estrés postraumático.

### Indicadores físicos inespecíficos

- Trastornos psicossomáticos (como dolores abdominales recurrentes y de cabeza, sin causa orgánica); trastornos de la alimentación (bulimia y anorexia nerviosa); enuresis y encopresis (regresiones cuando ya se había logrado el control de esfínteres); infecciones urinarias sin causa orgánica o externa identificable (10).
- Inflamaciones, enrojecimiento y lesiones por rascado en la zona genital no asociadas a otras lesiones consideradas específicas (10).

### Indicadores psicológicos inespecíficos

- Miedo repentino a personas importantes para ellos o ante cuyo cuidado estuvieran, anestesia emocional, fobias y temores inexplicables, fallas en la atención – pareciera estar ausente de su alrededor–, retraso en el desarrollo intelectual, trastornos de la alimentación, trastornos disociativos, depresión, fugas del hogar, hipervigilancia: se les ve reservadas, desconfiadas, anti-sociales, a la defensiva, entre otros síntomas (10,12).

### Dinámica de la conducta abusiva

El abuso sexual se desarrolla a lo largo de un tiempo a través de una vinculación progresiva cuya finalidad para el abusador es el acceso al cuerpo de los niños. Una vez que el abusador llega al contacto con el cuerpo de ellos, la intrusividad de ese contacto puede progresar con el tiempo.

A lo largo de este proceso, puede o no haber violencia física explícita (p. ej., pegarle al niño para que acceda al abuso). A veces basta con la amenaza de violencia para conseguir el sometimiento de las víctimas. Otras veces la sola violencia emocional es suficiente, como decirle a la víctima que el adulto se pondría muy triste si no accede a lo que se le pide.

Autoras como Suzanne Sgroi (4) y Jorge Barudy (11) describen el abuso sexual en etapas bien diferenciadas:

1. Fase de preparación: Hay una preparación del terreno por parte del abusador. Establecen una relación especial con los niños, aíslan a la víctima del resto de las relaciones familiares. Establecen una relación tan fuerte que generan una clara distancia: *“Vení, contame a mí porque tu mamá no te entiende”*.
2. Fase de interacción sexual: Es progresiva y gradual.
3. Fase del secreto: El secreto se enquistaba en el momento en que se inicia el contacto sexual. Junto con el secreto viene la coerción más o menos explícita. Se basa en el favoritismo, en la coerción o la amenaza más explícita: *“Si lo contás, yo me voy a morir de tristeza”*. El abusador impone la ley del silencio. Corta vínculos familiares y sociales que podrían ser protectores. Los niños no tienen más alternativa que adaptarse. Si el abuso comienza cuando son pequeños, no tienen conciencia de que se trata de una relación abusiva. Al ir creciendo y conociendo otras familias, van dándose cuenta. No pueden reconocerse como víctimas, se sienten parte de la relación y causantes de la misma.
4. Fase de develamiento: El develamiento es la revelación del abuso sexual, pero no es un acto único. Constituye un proceso que puede llevar a negociaciones/ retractaciones/ minimizaciones/ develamiento tentativo/ develamientos activos/ reafirmaciones. Cuando un niño devela el abuso sexual se produce un quiebre de las barreras defensivas que ayudaban a sostener el secre-

to y se produce el llamado síndrome del no/ puede ser/ a veces sí. El develamiento puede ser intencional o accidental. La revelación significa que le cuentan a alguien el abuso, relatan el abuso en una entrevista formal, por ejemplo, la entrevista clínica, o se presenta en el proceso terapéutico (13).

5. Fase de reacción al develamiento: En algunas situaciones la familia busca desesperadamente volver a su equilibrio, intenta mantener, a cualquier precio, la unidad familiar.
6. Retracción: Es un fenómeno propio del abuso sexual. Puede producirse por: presión del ofensor o por conflicto de lealtades, temor ante la posibilidad de las consecuencias por hablar cuando no percibe que pueda haber una respuesta de apoyo, mecanismos disociativos en los niños que se activan ante la irrupción del material traumático. Todo efector de salud que tiene contacto con un niño involucrado en una situación de abuso sexual debe considerar que son portadores de una experiencia traumática, que en muchos casos es de larga data y pueden tener un fuerte temor a hablar de ello, más aún en situaciones en que el abusador es un miembro de la familia o alguien con quien mantiene una relación de afecto. Se les plantea una disyuntiva: no hablar de lo que pasó o hablar y exponerse a la ruptura familiar. Por lo tanto, que los niños se retracten de lo que afirmaron no significa que su relato sea falso (11).

### La prevención. Importancia de la educación sexual integral (ESI) en las escuelas

La ESI cumple un papel fundamental para prevenir y dar herramientas a los niños a fin de que puedan contar lo que les pasa. Muchos casos de abuso sexual fueron detectados en las escuelas luego de clases de ESI, donde un niño tuvo la confianza necesaria para poder contar su experiencia. La Ley de Educación Sexual Integral promulgada en 2006 garantiza el derecho de cada niño y adolescente a recibir educación sexual integral, en la totalidad de los niveles y establecimientos educativos del país. Abarca temas como el reconocimiento del propio cuerpo, la prevención e identificación de casos de violencia sexual contra los niños y las niñas, la prevención de embarazos no intencionales, la libertad de elección sexual, el cuestionamiento a estereotipos de género y a mandatos sociales que generan inequidad.

Las acciones de prevención deben estar dirigidas a:

- Brindar herramientas a los niños de autoprotección y para reconocer el abuso sexual y la violencia en las relaciones.
- Favorecer la comprensión del abuso como una relación de poder, de sometimiento a través del miedo, la amenaza y la confusión.

- Promover el pedido de ayuda ante situaciones que les puedan dañar.
- Promover el desarrollo de la intimidad y el respeto por la intimidad propia y la de otras personas.
- Favorecer la construcción y calidad de los vínculos, los modos de relación, la amorosidad y el placer, que se distingue de las formas violentas y abusivas de vincularse.
- Promover habilidades para poder comunicar a personas adultas protectoras situaciones que causen daño a su integridad.
- Brindar pautas para diferenciar interacciones físicas adecuadas y las que no lo son.
- Favorecer el conocimiento de los secretos y que nadie puede obligarles a guardar un secreto de algo que les incomoda.
- Promover el derecho a decidir sobre su propio cuerpo.
- Promover su autonomía para ir al baño, vestirse y bañarse.
- Explicarles que pueden decir NO cuando no deseen ser tocados, incluso en formas que no sean sexuales, como un abrazo.
- Favorecer el reconocimiento y fortalecimiento de los vínculos afectivos.
- Favorecer habilidades de autoprotección y seguridad personal.

## La intervención desde los equipos de salud

La complejidad del abordaje del abuso sexual hacia las infancias requiere indefectiblemente una intervención interdisciplinaria (13,14) articulada e intersectorial con perspectiva de género y enfoque de derechos en la que se plasmen discursos de diversas disciplinas que, aunados en un marco teórico compartido, comprenda la dinámica del abuso y la multiplicidad de factores intervinientes. Es fundamental comprender que no es posible una respuesta integral desde el consultorio o desde una única disciplina sino desarrollando circuitos fluidos de atención, coordinando los servicios del hospital y atención primaria y articulando intervenciones con la justicia, fuerzas de seguridad, representantes de educación y organismos de protección de derechos de los niños, favoreciendo la ubicación del problema en el contexto social. Por otra parte, se debe comunicar a los organismos locales, tal como lo establece el art. 30 de la Ley 26.061 de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes, una situación de vulneración de derechos a los niños cuando se tome conocimiento de esta, para promover su protección integral. Un modelo de intervención que también esté basado en la promoción de la salud y la prevención favorece el ejercicio de ciudadanía, promueve cambios sin esperar la demanda y apunta a lograr modificaciones profundas de los factores de riesgo, evitando que la problemática del abuso sexual a las infancias se perpetúe. [RAM](#)

## Referencias bibliográficas

1. OMS. Maltrato infantil. Documento disponible en: [who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/](http://who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/). [Último acceso: junio de 2021.]
2. UNICEF. Ocultos a plena Luz. *Un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. Disponible en: [unicef.org/ecuador/ocultos\\_a\\_plena\\_luz.pdf](http://unicef.org/ecuador/ocultos_a_plena_luz.pdf). [Último acceso: abril de 2021.]
3. Losada AV. Prevalencia del abuso sexual infantil en una población docente del conurbano bonaerense. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones; 2010
4. Sgroi S, Porter F, Blick L. Validation of child sexual abuse. En: Sgroi S, editors. *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington: Lexington Books; 1982, p. 50-189
5. Baita S, Moreno P. *Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia*. Uruguay: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef Uruguay, Fiscalía General de la Nación, Centro de Estudios Judiciales del Uruguay; 2015
6. Glaser D, Frosh S. *Abuso sexual de niños*. Buenos Aires: Paidós; 1997, caps. 1, 2 y 4., p. 17-53 y 73-101
7. Bringiotti M I. Abuso sexual infantil. Derribando mitos a partir del análisis de los datos aportados por las investigaciones. En: *Abuso sexual infantil 3*. Volnovich J. (comp.) Argentina: Lumen Humanitas; 2008
8. Faller KC. Los niños que no quieren develar. Síntesis traducida. *Interviewing children about sexual abuse*. New York: Oxford University Press; 2007, p. 1-17
9. Rozanski C. El verdadero complot en las denuncias de abuso sexual infantil. En: *Abuso sexual infantil. ¿Denunciar o silenciar?* Buenos Aires: Ediciones B Argentina S.A.; 2003, cap. 12, p. 237-60
10. Intebi I. Comentarios sobre el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil. *Temas de maltrato infantil* 1997 septiembre;1:7-11
11. Barudy J. *Consecuencia de los abusos sexuales para los niños. El dolor invisible de la infancia*. Buenos Aires: Paidós; 1998, cap. 8, p. 243-62
12. Baita S. Defensa disociativa en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual infantil. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica* 2004;III(1):34-40
13. Bringiotti M I. Los límites de la objetividad en el campo del abuso sexual infantil. En: Lamberti S. (comp.) *Maltrato infantil. Riesgos del compromiso profesional*. Buenos Aires: Universidad; 2003, p. 39-56
14. Ganduglia A. Identidad profesional, familia e interdisciplina en el campo del maltrato infanto-juvenil. *Temas de maltrato infantil. Familias del Nuevo Siglo* 2002;13:1-13