

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA

ABUSO SEXUAL INFANTOJUVENIL
ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL ABUSO SEXUAL
INTRAFAMILIAR Y EXTRAFAMILIAR

Trabajo de Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina
Sra. Médica Ana María Alle

Córdoba - República Argentina
2008

COMISIÓN DE TESIS

DIRECTOR:

Prof. Dr. Víctor Alberto Cinelli

INTEGRANTES:

**Dra. Mirta Beatriz Miras Miartus
Prof. Dr. Gustavo Guillermo Serra**

Artículo 30 del Reglamento de la Carrera de Doctorado

**“LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON LAS
OPINIONES DE ESTA TESIS”**

MIS NIÑAS PEQUEÑITAS

*Mis niñas pequeñas
con su mundo de espanto
se toman de mi mano,
se me trepan sedientas
al pecho
y se beben mis lágrimas.*

*Mis ojos velan,
ellas,
como mariposas
fabrican nuevas pieles,
mi voz
les arrulla
palabras nuevas.*

*Me miran
desde lejos
desde un lugar extraño,
con grito desgarrado
de no padre
y no madre.*

*Yo respondo a sus ojos,
hilachas de su infancia
resbalan de sus dedos
temerosos
de equívocas caricias.*

*Yo espero
que ellas tejan
su trama,
su de nuevo,
y cualquier día
sin darme cuenta,
ellas
levantan vuelo.*

*Ana María Alle
17 de Abril de 1995*

A todos los niños y jóvenes que han sufrido y sufren la violencia familiar y social en sus formas de maltrato, abuso y explotación.

A todas las personas que luchan en forma solidaria, valiente y muchas veces silenciosa en todo el mundo, por una vida digna para todos los seres humanos, en especial para los niños, con la plena convicción que esto será una realidad.

A la memoria de mi padre Elías Ángel Alle, Doctor en Medicina y hombre de extraordinaria generosidad y bondad humana, que me enseñó a honrar la vida.

Agradecimientos

Agradezco especialmente a todos los integrantes del Equipo Interdisciplinario del Comité de Abuso Sexual del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, Argentina, con los que he trabajado entre los años 1989 y 1998 bajo la coordinación de la Dra. Mirta Miras Miartus, en condiciones muy difíciles, con la mayoría de los profesionales en forma ad-honorem. A todos expreso mi mayor reconocimiento por la confianza, el esfuerzo, la constancia y los logros obtenidos, tanto en el funcionamiento como equipo en sí, como en los resultados en el trabajo asistencial, lo cual me permitió la realización de esta investigación:

Dra. en Medicina Mirta Miras Miartus; Médica pediatra Silvia Martín; Licenciados en Psicología María Rosa Garita, Andrea Fernández, Alejandra Scavuzzo, Ester Acevedo, Susana Romero y Alejandro Bassi; Enfermera Lucía Chirichian; Secretaria Analista de Sistemas Sandra Cejas; Licenciada en Psicología María Elena Garavelli, profesional que no perteneciendo al hospital, trabajó con el equipo durante años con el objeto de su cuidado; Bioquímicas Liliana Muñoz y Patricia Montanaro de Laboratorio; Licenciada Edith Parellada, Trabajadora Social del Hospital y Médicos pediatras Graciela Testa, Adriana Boyanovsky y Teresa Castro, que colaboraron constantemente; a la Fundación de Endocrinología Infanto-Juvenil Córdoba, por el apoyo económico en materiales y viáticos.

Agradezco a mis maestros y a los profesionales que me guiaron con comprensión y paciencia en el desarrollo de esta tesis, Doctores Víctor A. Cinelli, Mirta Miras Miartus y Gustavo G. Serra. Al Sr. Médico Daniel Senestrari, por su asistencia en el trabajo estadístico. A Abdulbaghi Ahmad, MD, PhD del Departamento de Neurociencia, Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Uppsala University Hospital, de Upsala Suecia por su generoso aporte, como a la Psiquiatra infantojuvenil Susana Cancela del citado Hospital, quien facilitó dicho contacto, me apoyó y orientó tanto desde Suecia, como en sus frecuentes viajes a Argentina. A la Licenciada en Psicología Lidia Mindlin del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero de Buenos Aires y a los colegas y amigos de la Asociación de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia de Córdoba, en particular a los Médicos especialistas y dedicados a Psiquiatría InfantoJuvenil, Lucía Alippi, Eduardo Kopelman e Iris Palacín de Olivera por su apoyo, observaciones y correcciones. A Natalia Nai, Lucila Fernández y a la Analista de Sistemas Sandra Cejas, por su colaboración.

Agradezco a toda mi familia que me acompañó en el trabajo y el esfuerzo de todos los días, tanto con su apoyo afectivo como en la tarea concreta, con exigente y constructivo espíritu crítico, en especial a Adolfo Luis Fernández, mi compañero en la vida y a nuestros hijos Luis Ernesto y Lucila.

Ana María Alle

INDICE

ABREVIATURAS.....	9
RESUMEN.....	10
SUMMARY.....	11
CAPÍTULO 1	
INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 El Abuso Sexual en Menores.....	14
1.2 Datos Epidemiológicos y Psicopatológicos en la Actualidad.....	15
1.3 Aspectos Psicológicos Evolutivos de la Sexualidad.....	21
1.4 Trauma y Efectos Postraumáticos Biopsicosociales.....	34
1.5 Familia e Incesto. Aspectos Socioculturales.....	44
1.6 Los Medios de Difusión Masiva y Abuso Sexual.....	49
1.7 Delitos Sexuales en la Legislación Argentina.....	49
1.8 Hipótesis.....	50
1.9 Objetivos.....	50
CAPÍTULO 2	
SUJETOS Y METODOS.....	52
2.1 Definiciones.....	53
2.2 Población y Muestra.....	56
2.3 Modelo de abordaje Asistencial del Paciente.....	57
2.4 Instrumentos de Diagnóstico. Clasificación Valoración y Evaluación.....	60
2.5 Diseño de Estudio y Métodos Estadísticos.....	64
2.6 Secuencia de Muestreo.....	66
CAPÍTULO 3	
RESULTADOS.....	67
A Primera Sección	
3.1 Características de la Muestra Estudiada.....	68
B Segunda Sección	
3.2 Diagnósticos y Evaluaciones.....	79

C Tercera Sección	
3.3 Resultados Comparativos. Abuso Sexual Incestuoso – Abuso Sexual No Incestuoso. Clasificaciones Diagnósticas DSM IV y CEFTMEA -R -2000 y su Relación con Algunas Variables.....	86

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN.....	97
-----------------------	-----------

A Primera Sección

4.1 Hallazgos de las Principales Características del Abuso Sexual en la Muestra.....	98
--	----

B Segunda Sección

4.2 Diagnósticos y Evaluaciones.....	103
--------------------------------------	-----

C Tercera Sección

4.3 Comparación en Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso de Diagnósticos según Clasificaciones DSM IV y CFTMEA-R- 2000, Evaluación Global de Actividades y Variables.....	115
4.4 Conclusiones.....	126

BIBLIOGRAFÍA.....	130
--------------------------	------------

ANEXO.....	135
-------------------	------------

Gráfico. Tablas. Escalas. Datos utilizados para elaborar planillas. Códigos de Diagnósticos realizados. Ejemplos de expresiones gráficas, verbales e informes. Constancias

ABREVIATURAS

AS: Abuso Sexual

ASI: Abuso Sexual Incestuoso

ASNI: Abuso Sexual No Incestuoso

CFTMEA-R-2000: Classification Francaise des Troubles Mentaux de L'Enfant et de l'Adolescent. Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del Adolescente (4º Revisión)

C-GAS: Children's Global Assessment Scale. Escala de Evaluación de la Actividad Global para Niños.

CRH: Corticotrophin-Releasing Hormone. Hormona liberadora de corticotrofina

DSM IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Cuarta Edición de la American Psychiatric Association.

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global.

EEGAR: Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional.

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

FI: Familiar incestuoso

FNI: Familiar no incestuoso

NF: No familiar

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder - Desorden de Estrés Postraumático

PTSS-C: Posttraumatic Stress Symptoms for Children – Scale. Escala para niños de Síntomas de Estrés Postraumático

RTC: Brain Traumatic Center. Región de trauma cerebral

RVV: Relación Víctima -Victimario

SEP: Síndrome de Estrés Postraumático (CFTMEA-R-2000)

SNC: Sistema Nervioso Central

TA: Trastornos de Aprendizaje (DSM IV)

TEP: Trastorno por Estrés Postraumático (DSM IV)

TFPP: Tipo de Funcionamiento Psicopatológico

TN: Trastornos Neuróticos (CFTMEA-R-2000)

TRVI: Trastorno Reactivo de la Vinculación de la Infancia o la Niñez (DSM IV)

Va: Víctima

Vo: Victimario

RESUMEN

Se realiza un estudio observacional analítico y retrospectivo sobre una muestra de 140 casos de niños y adolescentes entre 1 mes y 19 años de edad, que sufrieron Abuso Sexual (AS), con el objeto de detectar y comparar las áreas de funcionamiento psíquico afectadas, como la existencia y tipo de expresiones psicopatológicas en los casos de AS incestuoso y no incestuoso, en estos últimos incluida la variable de perpetuación. Los menores fueron asistidos en un período comprendido entre abril de 1989 y abril de 1998 por el Equipo de Asistencia de Urgencia Interdisciplinaria del Comité de Abuso Sexual del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, Argentina. Se realizó una atención integral a partir de la aplicación de una metodología interdisciplinaria. Se incluyeron los casos en los que se pudo determinar la probabilidad de AS, el conocimiento del tipo de relación del victimario con la víctima, la consumación del abuso por un único victimario y la disponibilidad de datos registrados suficientes para caracterizar el tipo de funcionamiento psíquico. Los enfoques diagnósticos y terapéuticos utilizados fueron el Genético Dinámico Profundo de la Dra. Telma Reca y el Elaborativo-Dinámico-Interaccional de la Dra. Anny Speier para el abordaje familiar. El Diagnóstico se estableció según las Clasificaciones DSM IV (americana) y CFTMEA-R-2000 (francesa), que tienen en cuenta la dimensión multiaxial esencial en psicopatología, a fin de complementar diferentes enfoques. Se evaluaron: el grado de deterioro o incapacidad relacionable a la afectación psicopatológica según la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) adaptada a niños (C- GAS), la relación del grupo familiar de convivencia durante la ocurrencia del AS según la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) y el grado de severidad del Trastorno por Estrés Postraumático según la PTSS-C-Scale. Se relacionaron las evaluaciones con variables seleccionadas.

Las áreas de funcionamiento global: psicológica, social y escolar, así como de actividad relacional, se vieron afectadas con mayor severidad en el AS Incestuoso, siendo los puntajes significativamente más bajos que en el AS No Incestuoso. Cuando el AS No incestuoso fue perpetuado, el impacto fue semejante al AS Incestuoso. El diagnóstico más frecuente en todos los grupos fue del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP-DSM IV) (55,7%) o Síndrome de Estrés Postraumático (CFTMEA R-2000) (47,1%), en esta clasificación, con la sección específica del eje I bebé, (10,7%), se alcanza un 57,8 % con estado de estrés. La aplicación de ambas clasificaciones demuestra muy alta concordancia; se observó escasa diferencia entre la severidad del cuadro en AS Incestuoso y No Incestuoso, resultando un 89% muy severos y severos. El AS Incestuoso presentó una frecuencia significativamente mayor de Trastorno Reactivo de la Vinculación en la Infancia (TRVI) respecto al AS No Incestuoso (11,5% *versus* 0% respectivamente; TEF $p = 0,005$) cuadro de grave pronóstico que afecta tempranamente la estructuración psíquica. En el AS No Incestuoso hubo una frecuencia significativamente alta de Trastornos de Ansiedad No Específicos (17,7% *versus* 6,4% respectivamente; $\chi^2 p = 0,036$). Se asociaron significativamente con la perpetuación en el AS No Incestuoso, los Trastornos de Aprendizaje No Específicos (DSM IV), con tendencia a desarrollar Trastornos Neuróticos (CFTMEA-R- 2000) que provocan algún grado de fracaso escolar. Dentro de estos hubo significativa mayoría de los Trastornos Neuróticos con Preponderancia de las Inhibiciones (25,9% cuando los AS fueron perpetuados vs 4,3% cuando no lo fueron; TEF, $p = 0,055$)

No se verificó asociación significativa entre TEP y afectación del aprendizaje escolar. Análisis de profundidad y potencia permitieron observar que la frecuencia del funcionamiento neurótico es significativamente mayor en presencia de Trastorno del Aprendizaje, tanto en AS Incestuoso como No Incestuoso. Se halló asociación significativa entre el tipo de protección materna negativa-ambigua y los Trastornos del Aprendizaje. La presencia de TEP (con o sin Trastorno de Aprendizaje) se asoció significativamente con la *conducta sexualizada*, tanto en AS Incestuoso como AS No Incestuoso y no guardó relación con el género de la víctima ni el tipo de funcionamiento psicopatológico, aunque sí dependió significativamente de la edad del paciente.

Se concluye que en el Abuso Sexual en menores se afectan áreas de funcionamiento psíquico y se presentan diferentes expresiones psicopatológicas, con mayor severidad cuando el abuso es incestuoso que cuando no lo es. En el AS No incestuoso existe diferencia significativa de mayor severidad cuando el mismo ocurre en forma perpetuada, condición que lo equipara en su gravedad a los efectos del AS incestuoso

SUMMARY

An analytical and retrospective study is conducted on a sample of 140 cases of children and adolescents between the ages of 1 month and 19 years who have suffered sexual abuse (SA), with the aim of detecting and comparing the affected psychic functioning areas, such as the existence and nature of psychopathological manifestations in cases of incestuous and non incestuous SA, including for the latter the variable of perpetuation. The minors were assisted between April 1989 and April 1998 by the Emergency Interdisciplinary Assistance Team of the Sexual Abuse Committee of the Hospital de Niños de la Santísima Trinidad at Córdoba, Argentina. Integral medical attention was performed from an interdisciplinary methodology. There were included the cases in which it was possible to determine the probability of SA, the knowledge of the kind of relation or relationship between the victim and the perpetrator, the consummation of the abuse by a single perpetrator, and the availability of enough registered data to characterize the type of psychic functioning. The diagnostic and therapeutic approaches utilized were the Deep Dynamic Genetic by Dr. Telma Reca and the Interactive-Dynamic-Elaborative by Dr. Anny Speier for the family approach. The diagnose was established according to the DSM IV classifications (American) and the CFTMEA-R-2000 (French), which consider the multi-axial dimension, essential in psychopathology, with the aim of complementing different approaches. There were evaluated: the degree of deterioration or incapacity relatable to the psychopathological effects according to the Adult Global Assessment Scale (A-GAS) adapted for children (C-GAS), the relationship of the family household during the occurrence of the SA according to the Global Assessment Scale of Relational Activity, and the severity degree of the Post-traumatic Stress Disorder according to the PTSS-C-Scale. The evaluations have been related to the selected variables.

The global functioning areas: psychological, social and educational, in the same way as relational activity, were affected with greater severity in incestuous SA, being the scores significantly higher than those obtained on non incestuous SA cases. When non incestuous SA was perpetuated, however, the impact in the mentioned areas was similar as the registered for incestuous SA. The most frequent diagnose was Post-traumatic Stress Disorder (PTSD - DSM IV) (55.7%) or Post-traumatic Stress Syndrome (CFTMEA R-2000) (47.1%). In this classification, with the specific section of axis I baby (10.7%), it reaches a 57.8% with a state of stress. The application of both classifications proves a high concordance; scarce difference was observed between the severity of the cases in incestuous SA and non incestuous, with an 89% of the results showing severe and very severe cases. Incestuous SA presented a significantly higher frequency of Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood (RAD-IEC) than non incestuous SA (11.5% for the former *versus* 0% for the latter; FET $p = 0.005$); a clinical diagnosis of severe prognosis which early affects the psychic structure. Regarding non incestuous SA, there was a significantly high frequency of Anxiety Disorders NOS (DMS IV) (17.7% *versus* 6.4%; $\chi^2 p = 0.036$). The aforementioned disorders were significantly associated with perpetuation in non incestuous SA, Learning Disorders NOS (LD NOS) (DMS IV), with a tendency to develop Neurotic Disorders (CFTMEA-R-2000) which cause some degree of school failure. Among these there was a significant majority of Neurotic Disorders with Preponderance of Inhibitions (25.9% for perpetuated SA vs. 4.3% for non perpetuated SA; FET, $p = 0.055$).

There was no significant concordance between PTSD and effects on school learning. Depth and power analysis showed that the frequency of neurotic functioning is significantly higher in presence of Learning Disorders, as much in incestuous SA as in non incestuous. Significant association was found between the negative-ambiguous type of maternal protection and Learning Disorders. The presence of PTSD (with or without LD) was significantly associated with *sexualized conduct*, both in incestuous SA and non incestuous SA, and it did not bear any relation with the victim's gender or the psychopathological functioning type, even though it did depend significantly on the patient's age.

It is concluded that different psychic functioning areas are affected in cases of Sexual Abuse in minors, and different psychopathological manifestations occur, with higher severity when the abuse is incestuous than when it is not. Regarding non incestuous SA, there is a significant difference of higher severity when the aforementioned is perpetuated, under which condition the effects are equalled to those of incestuous SA.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Las actividades sexuales de los seres humanos, han sido registradas e investigadas a través del tiempo, de un modo directo o por referencias, con el objeto de conocerlas, sea como expresión de lo intrínseco individual, biológico y psíquico, como de lo extrínseco relacional, social, cultural e histórico. Los aportes fueron realizados desde muy diversos ángulos y los encontramos tanto en los textos religiosos, de filosofía, historia, sociología y antropología, como en la medicina.

El tema referido a las prácticas sexuales, conlleva inmediatamente a la discusión sobre los criterios para considerar la normalidad o anormalidad, la salud o la enfermedad, lo que es bueno o está bien y lo que es malo o está mal, pasando de posturas más rígidas y restrictivas a otras más permisivas. En la “cultura occidental” en la actualidad, con diferencias según grupos sociales, se suelen aceptar, algunos patrones conductuales antes considerados conductas reprobables, tomándolas como “variaciones” de la normalidad.

Es innegable que en estas cuestiones, es desaconsejable la rotulación rígida sin considerar las particularidades de cada caso, sin embargo en lo que atañe a las prácticas sexuales de adultos familiares o extrafamiliares para con niños, en general las mismas son reprobadas por la sociedad y son consideradas Abuso Sexual (AS) pudiéndose diferenciar de otras conductas que son expresión de la sexualidad infantil.

Desde mediados del siglo XIX a mediados del siglo XX, los aportes desde la Medicina, a la investigación y estudio de la sexualidad humana, tuvieron sus grandes exponentes en las figuras de Richard Von Krafft-Ebing (1840-1902), Sigmund Freud (1856-1939) y Henry Havelock Ellis (1859-1939). Desde la psicopatología S. Freud, influido por las doctrinas de Krafft-Ebing, recibió a los 40 años un llamado de atención de este eminente profesor, cuando el mismo presidía el Congreso de Viena, en el que Freud presentó por primera vez su teoría, en la que sostenía que la histeria en el adulto era resultado de una seducción o un asalto sexual en la infancia temprana y que estos actos, acostumbraban ser perpetrados por los padres. Meses más tarde Freud reformuló esta teoría y Krafft-Ebing reconoció la existencia de estas experiencias traumáticas a pesar de que en general se mantenían ocultas. A diferencia de Krafft-Ebing y Freud, el principal interés de Henry Havelock Ellis residió en la sexualidad humana normal. En este aspecto fue un verdadero pionero, precursor de Kinsey y de los estudios de laboratorio de la pareja de investigadores, el ginecólogo William Masters y la psicóloga Virginia Johnson (10).

Las líneas de investigación actual tienen en cuenta tanto las teorías de la evolución psicosexual como los aportes obtenidos en la práctica clínica, dan importancia a la influencia de los factores sociales en la respuesta sexual, considerando las anomalías, las

conductas y desarrollos sexuales de poblaciones no enfermas y observan especial cuidado en la metodología de la investigación

1.1 El Abuso Sexual en Menores

El AS de niños y adolescentes constituye una problemática sustentada en gran medida en el secreto individual familiar y social, que se ha mantenido relativamente ausente de la bibliografía científica. A partir de la década de los 80 se inicia una corriente de interés y preocupación ante el aumento de casos reportados, profundizándose el estudio del tema desde distintas disciplinas, a fin de lograr su mayor conocimiento.

El AS es una forma de maltrato con particularidades que lo diferencian desde los aspectos médicos, psicológicos y judiciales. Las características propias y las formas de repercusión a nivel individual, familiar y social exigen un abordaje específico, con modos diagnósticos y terapéuticos adecuados a la temática, que requieren idoneidad profesional y una activa participación interdisciplinaria (40).

La integridad física debe ser evaluada, pudiéndose hallar diferentes grados de daño: desde la ausencia de lesiones, hasta la presencia de ellas en grado extremo. Debiéndose destacar que los casos de violación seguida de muerte, en general no ingresan al ámbito de salud para su evaluación.

El compromiso psíquico siempre existe y puede estar expresado en forma aguda, comprometiendo distintas áreas, tales como el estado anímico, el funcionamiento psicofisiológico, las relaciones familiares, sociales o el desempeño escolar; o bien manifestado con síntomas muy sutiles, de apariencia silenciosa. Esto último es explicable por la activación de mecanismos defensivos que permiten el control sintomatológico, derivado en expresiones psicopatológicas crónicas evidenciables tardíamente, que se manifiestan en distintos períodos evolutivos del desarrollo, con especificidad relativa y de acuerdo a cada historia particular. Esto ocurre frecuentemente en muchos casos de AS, más aún en los que la víctima y el victimario pertenecen a la misma familia, en cuyo ámbito no siempre es posible detectar la grave disfunción que los afecta y por la cual se generan y realimentan conductas patológicas, auto y heterodestructivas en sus miembros. En estos casos generalmente los integrantes del grupo no pueden implementar desde su seno, mecanismos que permitan modificar sus interacciones, ni solicitar ayuda extrafamiliar. Las situaciones traumáticas en estos casos, se pueden suceder o continuar en varias generaciones con distintos protagonistas, pudiendo constituir una práctica incestuosa según el grado de

parentesco. El acto abusivo sexual y el tipo de afectación del vínculo familiar, parecen integrarse de manera diferente según el tipo de abuso y la relación con el victimario, para configurar el trauma y sus consecuencias.

En los últimos años, paralelamente a una mejor implementación del abordaje diagnóstico, se ha observado una mayor frecuencia de consultas por AS, que carecen de los indicadores mínimos requeridos para considerar la probabilidad de ocurrencia del mismo. Estas consultas pueden responder a otras problemáticas familiares y de no concluirse en un diagnóstico acertado, se generan graves complicaciones al tratar como abusado a un menor que no ha sufrido tal experiencia, más aún si el caso presenta una derivación legal (3).

Lo mencionado precedentemente condujo en la práctica asistencial a la necesaria implementación de una intervención urgente y especializada, dada la repercusión orgánica como psíquica, familiar y social en una población vulnerable. A esto se suma que en una proporción importante de casos, es necesaria la interacción con Servicios de Asistencia Legal para asegurar la protección de la víctima. La participación de varias disciplinas, unida a la diversidad de criterios existentes para diagnosticar AS, con las implicancias médico-legales que conlleva, derivó en la necesidad de integración interdisciplinaria, en especial cuando no existen indicadores de certeza de AS (42) (55).

Por la temática y la frecuente intervención del área judicial, los profesionales que participan asistiendo estos casos, se encuentran habitualmente en situaciones de elevada exigencia en relación a su desempeño profesional, en los aspectos bioéticos y en lo referido al secreto profesional. Esto acentúa la necesidad de investigaciones respecto a la práctica asistencial y sus diversas posibilidades de acción, a fin de proteger también a los cuidadores de la salud.

1.2 Datos Epidemiológicos y Psicopatológicos en la Actualidad

Los estudios sobre abuso sexual infantil se vienen realizando, sobre poblaciones de diferentes características y con diversas metodologías. El tamaño de las muestras varía ampliamente, según se analice en la población en general, o en grupos provenientes del ámbito de asistencia en salud o del sistema judicial. Dichos estudios se implementan preponderantemente en los países más desarrollados, a través de los organismos oficiales que atienden las problemáticas sociales y de salud, o bien desde organizaciones internacionales. Es menos conocida la situación en países menos desarrollados. Los grupos investigados en la población general, suelen ser escolares, universitarios, integrantes del

ejército u otros. En ellos se analiza la problemática en distintas edades, aplicando el enfoque retrospectivo en adultos, o bien abordando a los propios niños y adolescentes, con entrevistas a los padres o responsables. Las diferentes modalidades utilizadas son entrevistas cara a cara semiestructuradas o estructuradas, comunicaciones telefónicas e Internet, mediante diversos tipos de cuestionarios de auto-reporte, con variaciones en el número y tipo de preguntas (35). Numerosos estudios se realizan desde el ámbito judicial, a partir de las denuncias registradas o trabajos específicos como los de profesionales forenses. En el área asistencial existen estudios que registran los antecedentes de abusos sexuales infantiles en pacientes adultos internados y ambulatorios, que consultan por patologías psiquiátricas o de otra índole, por ejemplo ginecológicas o infecciosas. Se investiga además en Pediatría, en los Servicios de Salud Mental Infantojuvenil, Servicios de Asistencia Social y en equipos interdisciplinarios especializados en el tema, ya que es muy frecuente en los últimos años, el abuso sexual o su sospecha, como motivo de consulta. Las investigaciones varían, siendo evidentes en los países menos desarrollados los estudios sobre muestras más pequeñas. Si bien estos últimos son demostrativos del esfuerzo e interés por el tema, no contemplan en general la aplicación de una metodología de investigación adecuada.

Los estudios de comunidades a gran escala, indican que aproximadamente una de cada cuatro niñas (Finkelhor, 1979, 1984; Finkelhor et al., 1990; Russell, 1986, Wyatt, 1985) y uno de cada diez niños (Finkelhor, 1979; Finkelhor et al., 1990; I.A. Lewis, “unpublished Los Angeles Times poll”) han sido sexualmente abusados antes de la edad de dieciocho años (13).

Una importante revisión bibliográfica sudafricana de Walker J.L. et al sobre diversos estudios de reconocidos investigadores, revela que los datos de prevalencia del abuso sexual no siempre son coincidentes; los primeros informes evidenciaron rangos que oscilaron entre el 6% y el 62% en mujeres y el 3% al 31% en varones, sin embargo en estudios más recientes, con mayor consistencia metodológica, el rango es menor que en estudios previos revisados por Peters et al. (1986). En muestras extensas, de más de 1000 sujetos, estos valores oscilaron entre el 5,8% a 34% en mujeres y 2% a 11% en varones. Los autores plantean que las diferencias observadas en estos datos, pueden deberse a diversos motivos, tales como las variaciones en las definiciones de lo que se considera abuso sexual, las diferentes técnicas de muestreo aplicadas, las características de las muestras (grupo étnico, grupos étnicos etc.), los métodos de recolección de datos (cara a cara, entrevistas telefónicas o cuestionarios de auto-reporte), el número y tipo de preguntas utilizadas para extraer información acerca de experiencias de abuso sexual, las diferencias socioculturales en los

grupos participantes e incluso el período de tiempo en que se realiza, dado que cuando esta problemática es altamente difundida, podría haber mayor posibilidad de revelación siendo posible que la prevalencia resulte mayor que la registrada, dado el ocultamiento y las características particulares del abuso sexual. Existe la posibilidad de que los varones no revelen el hecho por causas diferentes del ocultamiento de las mujeres, incluido el mito por el cual se distorsiona la experiencia de abuso, transformándola socialmente en una “iniciación precoz de su masculinidad” (81). Una investigación estadounidense realizada por Hussey J. et al en el Departamento de Salud Materno- infantil, University of North Carolina y publicada en 2006, se refiere a la prevalencia del maltrato físico estudiada en una población de 15.197 jóvenes adultos durante 2001–2002; el 41.5% de la misma, recibió una supervisión negligente, dejándoselos solos en su hogar; el 28.4% presentaba abuso físico y un 11.8% negligencia física, mientras el 4.5% refirió contactos de abuso sexual (37). Otro estudio realizado por Theodore A. et al, en el Departamento de Pediatría de la Universidad anteriormente citada, considera 1435 auto-reportes de madres de niños entre 0 y 17 años en Carolina del Norte y del Sur. En su informe en relación a la incidencia de maltrato físico y sexual, refieren que la incidencia de abuso físico obtenido de los datos de las propias madres, fue 40 veces mayor que lo reportado por los informes oficiales, mientras que la incidencia de abuso sexual fue 15 veces mayor que lo reportado por los informes oficiales, indicando que los datos oficiales no registraban la problemática en su real dimensión (77). En el Laboratorio de Investigación Familiar de la University of New Hampshire, el estudio de 1000 entrevistas parentales, permitió a Finkelhor D. et al, estimar en un 5,7% la frecuencia del abuso sexual en menores entre 0 y 17 años (26).

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, presentó un informe en diciembre de 2005 sobre la situación de la infancia y adolescencia en la triple frontera de Argentina, Brasil y Paraguay, en el que trabajaron las oficinas de los tres países, con informaciones obtenidas en bancos de datos nacionales, regionales y locales. El reporte abordó 4 ejes fundamentales: salud, educación, protección y VIH-SIDA y fue realizado sobre 62 municipios de la región, donde viven cerca de 880 mil niños y niñas, que representan en promedio el 45% de la población de la frontera compartida por los tres países; el informe refiere que la región estudiada enfrenta un grave problema, constituido por los diversos tipos de abuso, explotación y violencia. La existencia de explotación sexual comercial asociada a actividades de turismo y tráfico de drogas, es reconocida por diversos sectores de la población entrevistada durante el trabajo de campo, no obstante, no existen datos estadísticos sobre el tema en ninguno de los países. Dentro de los municipios

argentinos seleccionados en la triple frontera, existe desde el reclutamiento de jóvenes para ser enviadas a prostíbulos de otras zonas del país, hasta la combinación de trabajo en la calle y actividades sexuales. En los sectores brasileños, niños, niñas y adolescentes son explotados sexualmente en las calles, hoteles y prostíbulos. Un relevamiento hecho en el Juzgado de Menores de Eldorado (Argentina) señala 850 registros de violencia en 2004, siendo más frecuentes los de abuso sexual, incesto, golpes y abandono. Solo el Brasil cuenta con un sistema nacional de notificaciones (SIPIA), el cual de enero de 1999 a octubre de 2005 registró 20.504 denuncias de violencia contra niños, niñas y adolescentes en 24 de los 32 municipios brasileños seleccionados. Aproximadamente 44% de las denuncias se refiere a la violación del derecho a la convivencia familiar y comunitaria. La violencia física, psicológica y sexual es la segunda más registrada, con 25% de los casos. En relación al Paraguay, existen datos del Ministerio Público referentes a Ciudad del Este, que indican que de 2002 a 2004 fueron denunciados 140 casos de abuso sexual, 49 casos de tentativa de abuso sexual, 186 casos de malos tratos, 44 de estupro y 33 de proxenetismo (78). La expresión “trabajo en la calle” que se utiliza en este trabajo, no se halla especificada, pero es posible que se refiera al trabajo que comúnmente se obliga a realizar a los niños en los distintos países sudamericanos, como venta de alimentos, diarios o mercaderías diversas, actividad de lustrabotas, limpieza de parabrisas de autos y espectáculos callejeros entre otros.

En nuestro país, un estudio realizado en 1991 en la Unidad de Violencia Familiar del Hospital Pedro de Elizalde en Buenos Aires sobre 138 casos, informa que la mayoría de las víctimas fueron niñas (76,8%) siendo el resto varones; predominando la franja etarea escolar de 6-11 años (49,8%), seguida en frecuencia por la adolescente 12-19 (26,4%) y finalmente la preescolar (24,5%). El tipo de relación entre la víctima y el victimario, mostró un evidente predominio familiar directo (80 %), por parte de los padres el 41% y padrastros el 18%. Los abusos sexuales tuvieron en un 46,4%, más de un año de duración, encontrándose signos físicos compatibles con abuso sexual en 46 % de los casos (69). Las cifras de un estudio realizado en 1998, con 421 consultas al CAS del Hospital de Niños de Córdoba, refiere un predominio mayor de mujeres, con una edad promedio de 9 años y 3 meses, mientras que en los varones el promedio de edad fue de 8 años y 2 meses; a semejanza de los estudios previos mencionados, predominaron los abusos sexuales perpetrados por familiares (43%). Dentro de los familiares, el 77% correspondió a abusos sexuales incestuosos, de los cuales fueron los padres los victimarios más frecuentes (36%), seguidos por los padrastros (21%); analizados 80 casos cuyos victimarios fueron padres y

padrastrros, el 9% correspondió a víctimas varones, el 78% presentó signos físicos positivos, requiriendo internación el 14% de ellos (2).

Los hallazgos en general ubican al medio familiar y a los victimarios familiares como preponderantes en los casos de abuso sexual, en particular el familiar incestuoso cometido por padres, aún con el reconocimiento como tabú universal, de la prohibición del vínculo sexual intrafamiliar en todas las sociedades y culturas, salvo excepciones históricas en familias reales, o durante ritos religiosos en algunas tribus (33) (70) (85) (30).

No son frecuentes las evaluaciones obtenidas a través de diagnósticos psicopatológicos, más bien se enumeran los signos y síntomas predominantes, a excepción de considerar el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. En general hay coincidencias en relación con los aspectos descriptivos de la problemática. Son pocas las investigaciones que contrastan las diferencias del impacto en la víctima según la relación entre esta y el abusador, ya sea en la repercusión individual y familiar, como en las circunstancias que podrían favorecer o dificultar la elaboración del trauma.

La repercusión psicopatológica del Abuso Sexual se manifiesta especialmente como Trastornos de Ansiedad en sus diversas expresiones y en forma particular como Trastorno por Estrés Postraumático (21). Walker J. y colaboradores, analizan diversos trabajos referidos a ambos sexos, que hallan el abuso sexual infantil temprano asociado con desórdenes a lo largo de la vida, relacionados con los modos de ajuste, con el humor y la ansiedad, el déficit de atención, hiperactividad, desafío opositor, los desórdenes de alimentación, el uso abusivo de sustancias, los trastornos de conducta, las personalidades borderline y la somatización (McLeer et al., 1994; Merryand Andrews, 1994; Roesler and McKenzie, 1994; Stein et al., 1988). Citados por Walker J. y colaboradores, Boney-McCoy y Finkelhor (1995) encontraron en un estudio, que el género femenino era un significativo predictor independiente de TEP; asimismo un meta análisis efectuado en varias investigaciones, sugiere que las niñas pueden estar en mayor riesgo de TEP subsiguiente al abuso sexual, que los niños y que este mayor riesgo está conferido independientemente, tanto por el género femenino como por el abuso sexual; esto se refiere a la experiencia traumática en si misma y no a la consecuencia de otros factores asociados, que conforman el contexto de adversidades en el cual generalmente se da el AS en la niñez. En otro meta análisis de estudios publicados entre 1984 y 1995, no se halló que el género mediara los efectos del AS infantil en: (I) TEP, (II) depresión, (III) suicidio, (IV) promiscuidad sexual, (V) desempeño académico pobre y (VI) el ciclo víctima-perpetrador (Paolucci et al., 2001). En relación con el riesgo de manifestaciones psicopatológicas como

consecuencias del abuso sexual infantil, parecería que los factores relacionados a traumas múltiples (frecuencia, naturaleza, relación con el perpetrador, naturaleza inesperada, red o entorno social, etc.) independientes del género, aumentan el riesgo de TEP. Mientras otros estudios han demostrado que las tasas de TEP son más altas en niñas y mujeres con historias de AS infantil y que el género femenino parece ser un factor de riesgo independiente en el desarrollo de TEP pediátrico subsiguiente al AS infantil. Sin embargo los autores concluyen en la necesidad de estudios más representativos de los distintos géneros, para lograr una mayor aproximación a su influencia respecto a las consecuencias del AS infantil en las poblaciones de niños y adolescentes (81).

Está abundantemente descripto el antecedente de existencia de abuso sexual en la historia de vida de adultos, que desarrollan cuadros clínico-psiquiátricos de diverso tipo y gravedad con diferentes estructuras de personalidad (16) (32).

En nuestro país es escasa la investigación psiquiátrica, particularmente la infantil, obtenida a partir de la casuística conformada por pacientes asistidos por AS (1) (47). Las observaciones de los aspectos epidemiológicos, psicológicos y psicopatológicos no son siempre coincidentes (22) (60) (67).

Autores con diferentes enfoques teóricos, se refieren a la dinámica de las relaciones e interacciones dentro del grupo familiar, en forma particular las que implican ocultamientos de diversa índole, que se corresponden con distintas manifestaciones psicopatológicas individuales (8)(38)(46)(84). Otros analizan la importancia y la particular dinámica del secreto en el AS así como las diferentes respuestas relacionadas con los modos de protección y comportamiento de las madres con hijos abusados (61) (20) (34).

Las intervenciones judiciales, varían según los países y jurisdicciones de un mismo país y en muchos casos inciden de forma determinante en el área asistencial (11). A esto se suma la complejidad que resulta de la ocurrencia del AS en diferentes medios socioeconómicos y culturas. Todos los aspectos acentúan la necesidad de estudios sistematizados y comparables, que contemplen las características de los diversos tipos de abuso sexual con sus múltiples repercusiones, teniendo en cuenta los aspectos psicológicos evolutivos generales y en particular el de la sexualidad infantil; también el análisis del impacto psicopatológico individual con su compleja etiopatogenia, así como la repercusión social en sus distintos niveles. Los estudios son necesarios tanto en los primeros momentos de ocurrido el AS, como durante su evolución a mediano y largo plazo. Existe ya la posibilidad de investigaciones que comparen las evoluciones de los casos que han recibido asistencia adecuada, de los que no la recibieron. Es importante la integración de los aportes

de los diferentes enfoques teóricos, para posibilitar de esta manera, un mejor acceso a la complejidad de la problemática, a través de una visión más completa que contribuya al conocimiento y comprensión para una justa interpretación, de lo que se considera abuso sexual en menores, del impacto de dicha experiencia traumática y con ello, lo que la misma representa para la sociedad en su conjunto.

1.3 Aspectos Psicológicos Evolutivos de la Sexualidad

1.3.1 Orientación Identidad e Intereses Sexuales

La conducta y el desarrollo sexuales son variados y presentan múltiples facetas que son producto final de sistemas interactuantes, variables en el transcurso del tiempo. Estos sistemas biopsicosociales y su desarrollo, dependen de factores constitucionales e influencias ambientales que incluyen contingencias accidentales, entre ellas las traumáticas.

El proceso de diferenciación sexual incluye la percepción por parte del niño de la diferencia sexual anatómica. La constitución como individuo, incluye reconocer el propio sexo renunciando al otro, así como aceptar que debe transcurrir bastante tiempo hasta poder hallar un verdadero objeto de satisfacción sexual.

Es verdadero mérito de Freud el haber descubierto esta sexualidad infantil, en el sentido de levantar el velo que la tenía oculta.

Al hablar de identidad sexual, distinguimos en su composición, el *sexo genético* (cromosomas 46 XY o 46 XX), el *sexo gonadal* (estructura de las gónadas masculinas o femeninas), el *sexo fenotípico* (caracteres sexuales primarios: órganos genitales internos y externos; caracteres sexuales secundarios: vellos, mamas, morfología, etc.), el *sexo del estado civil* y para terminar el *sexo "vivido"* es decir la identidad sexual reconocida por el individuo con sus componentes, según Stoller la identidad de género, o sea el papel social de uno u otro sexo y la identidad del sexo. Stoller distingue así dos nociones: el *género*, que es un concepto psicológico y sociológico y el *sexo*, que es un concepto biológico (49). No existen dos líneas sexuales totalmente diferenciadas, una masculina y otra femenina desde la concepción del huevo, sino por el contrario, determinadas interacciones pueden dar lugar a una represión fisiológica de una línea por la otra. Los frecuentes obstáculos entre estas dos líneas están ilustrados en cada período por ciertos tipos de anomalías. Ha sido demostrado que existe un estado sexual bipotencial a partir del cual se produciría el desarrollo. En ausencia del cromosoma Y o de testosterona, el desarrollo se orienta hacia una morfología

femenina, dependiendo de factores genéticos acordes, persistiendo interrogantes en la fisiopatogenia de algunos desórdenes del desarrollo sexual.

Con la diferenciación fisiológica, se integran los mecanismos psicológicos, sociales, familiares e individuales, expresándose en un comportamiento o rol sexual. Es entonces cuando los dos sexos están listos para la atracción mutua, que culmina con la satisfacción erótica y potencialmente en el hijo. Según Salamanca Rodríguez debemos entender la sexualidad humana como un sistema de múltiples niveles que van de lo físico hasta lo cultural y cuya función diversa está primordialmente dirigida a dos fines: la reproducción y el placer. En ella, lo genésico tiene como objetivo la procreación, mientras que lo erótico, tiene como finalidad la satisfacción orgásmica; ambos coinciden en su infraestructura somática sexual, pero sus consecuencias, procreativas en el primero y psicológicas en el segundo, llevan a considerarlos en campos diferentes (68).

El erotismo consiste en placeres preferentemente de orden subjetivo, o al menos de apetito o necesidades sentidas por el adulto como de naturaleza más o menos manifiestamente sexual, pero que en el niño pueden ir ligadas al ejercicio de funciones comúnmente consideradas como no sexuales (18).

Se considera fundamental para el niño el momento en que éste percibe la existencia de una diferencia sexual, este momento se ha ido preparando por los padres, que le asignan un sexo a partir de la forma de educarlo, tratarlo, vestirlo, hablarle, etc. Se ha observado que aún a pocas semanas de nacer, los niños y las niñas reciben de sus padres un trato diferente, los padres juegan de un modo más duro y recio con sus hijos y de una manera más delicada con sus hijas. Las madres parecen, a su vez más cálidas y afectuosas con las hijas (Kage, 1964). Podría decirse que se trata de una forma encubierta, posiblemente inconsciente de **impregnación**. Existen muchas costumbres sociales que ayudan a configurar la identidad genérica del niño: el color de su habitación, el tipo de ropas con que es vestido/a o la insistencia sobre la necesidad de limpieza. (Stoller, 1968; Money y Ehrhardt, 1972) (59).

Es durante el importante período fusional normal con la madre, en el que el bebé establece su sentimiento de existencia (su self), período que debe superar durante la fase de “separación –individuación” (M. Malher) o durante la de “posición depresiva” (M. Klein). Este sentimiento de existencia constituye el anclaje a partir del cual el niño se reconocerá como individuo antes de reconocerse un sexo. Stoller considera en estas condiciones que la relación fusional madre-hija, aporta a las niñas un sentimiento de individualidad más sólido que la relación madre-hijo a los varones, pues en este caso la diferencia de sexo introduce

una duda identificatoria mayor. Una vez establecido el sentimiento de individualidad, el niño se enfrenta ante el problema de la diferencia de sexos. Debe reconocer su pertenencia a un sexo y renunciar al fantasma original de omnipotencia o de completividad (49).

El logro de la autonomía y posterior identidad sexual, se obtiene a través de las sucesivas identificaciones (M. Malher). En el marco de la familia en cada cultura, a través de las relaciones se confirma la identidad, la cual no solo precisa ser vivida y sentida como tal, sino que ha de ser compartida por los demás.

El niño se afirma al aprender su función, este reforzamiento por función o aprobación, permite tal vez imponer la misma, más no forzosamente el vivirla como tal, ya que el niño puede sentirse distinto de cómo pretende la imposición, o su ideal ser diferente del que desean los que le rodean. El entorno emplea con el niño o el adolescente, la ambigüedad de sus propias tendencias y deseos, proyectando en él sus propias expectativas.

Con la edad cambia el interés por la propia diferenciación sexual personal o ajena, por la pertenencia a un grupo, la curiosidad por el problema de la procreación y del nacimiento, el interés por los juegos sexuales consigo mismo o con otras personas y el interés psicosocial por el sexo contrario.

Resulta difícil analizar la naturaleza de la sexualidad en los niños, en los que su aparato sexual no está todavía biológicamente desarrollado. Los años que conducen a la pubertad son cruciales para que el sujeto desarrolle una respuesta sexual normal. Freud utilizó el término “sexualidad infantil”, para resaltar el hecho de que el niño experimenta sentimientos y curiosidades de naturaleza sexual, que más tarde serán integradas a la genitalidad del adulto. El mencionado autor elaboró su teoría de la libido a partir de comprender las relaciones sistemáticas entre los actos sexuales deseados inconscientemente por los neuróticos y los actos cometidos abiertamente por los perversos. Se entiende por libido la energía sexual de la que están dotadas durante la niñez otras zonas distintas de la genital y que tiñe con placeres específicos funciones vitales, tales como la ingestión de alimentos, la regulación excretora y la movilidad de los miembros. La finalidad última de la libido es el establecimiento de la heterosexualidad, antes de alcanzarla transcurren una serie de estadios que configuran las etapas oral, anal y fálica entre el nacimiento y los 5 años y constituyen el desarrollo psicosexual, que Freud identifica con desarrollo de la personalidad y que es un proceso de genitalización de la libido. Solo después de resolver exitosamente un plan determinado de los usos pregenitales de la libido (oral, anal), la sexualidad del niño llega a una breve sexualidad infantil genital (fálica) la que a su vez deberá modificarse inmediatamente transformada y desviada, período éste de “latencia” entre los 5 y 12 años,

en que el niño reprime y sublima sus tendencias sexuales y las convierte en actividad física e intelectual. Sucede esto porque la maquinaria genital aún se encuentra inmadura y los primeros objetos del deseo sexual inmaduro, son proscritos para siempre por obra de los tabúes incestuosos universales.

Es en la etapa fálica cuando el progenitor del sexo opuesto es el objeto incestuoso de amor del niño y el del mismo sexo su rival, éste último es el destinatario de su odio y deseo de aniquilamiento, estableciéndose así el complejo de Edipo. De este modo la organización sexual se efectúa partiendo de una organización fálica: el miedo a la castración en el niño y el deseo de poseer un pene en la niña, con rencor a su madre por haberla hecho nacer sin él. Bettelheim B. admite que cada sexo envidia los órganos y los poderes sexuales del otro; aunque se ha insistido sobre los efectos de la envidia del pene en la niña, la otra vertiente de la bisexualidad humana se ha descuidado, según este autor el varón desea también llevar un niño en su vientre y tener el poder de procrear (49).

El concepto de S. Freud acerca de la evolución sexual, ha sido discutido por algunos de sus seguidores, como Karen Horney, quien atribuye al “complejo de Edipo”, así como a la “envidia del pene” un origen cultural (valoración y privilegios del hombre frente a la mujer). De todas formas, esta primera relación amorosa, tiene una gran importancia en cuanto a las posibles gratificaciones en el futuro, ya que solamente resolviendo las tensiones implícitas en esta íntima vinculación, el niño logrará relaciones saludables más allá de los límites familiares.

Para Anna Freud el período de latencia con su disminución fisiológicamente condicionada de las fuerzas de los instintos, da al yo una tregua en su combate defensivo. Se produce un relativo decrecimiento en los intereses sexuales infantiles. No obstante, hay quien duda incluso de la existencia misma de dicha latencia sexual. Para Cl. Thompson, el carácter del período de latencia depende de los factores sociales. Para otros autores, en este período se acentúan comportamientos no sexuales, en vez de darse una disminución de factores sexuales subyacentes (18).

Los estudios de A. Gesell mostraron que a los 18 meses el niño llama “nene” tanto a los niños como a las niñas, a los 2 años sabe distinguir ya entre niños y niñas por el vestido y corte de cabello, a los 2 y medio es consciente de sus propios órganos genitales pudiendo palparlos cuando se halla desnudo, a los 4 años a veces se muestra exhibicionista y a los 5 disminuye el exhibicionismo. Es consciente a esta edad de los órganos sexuales al ver desnudos a los mayores y podrá preguntarse por ejemplo porqué el padre no tiene pechos, o por qué la hermana no tiene pene.

Durante la primera infancia, de los 18 meses a los 5 años, con el desarrollo del lenguaje y la autonomía motora, el niño puede ser mejor comprendido y comienza el largo aprendizaje de decodificación del mundo adulto. Una de las adquisiciones más importantes para pasar a formar parte del mundo adulto es el control de los esfínteres. Durante el período de aprendizaje de la limpieza corporal, el niño comienza asociando los genitales con la **intimidad** y con las nociones de **limpieza y suciedad**. Unido al desarrollo del sentido de la intimidad, el niño pasa por un período de exhibicionismo fálico, en el que se hace patente el orgullo que siente de sus genitales y el deseo que experimenta de comunicar a los demás tal sentimiento. Sexualmente descubre sus genitales y se percató de que puede obtener placer de ellos; este descubrimiento probablemente supone el comienzo de una amplia asociación entre genitales y deseos sexuales. La comunicación entre padres e hijos en lo que concierne a esta conducta sexual exploratoria, constituye otra piedra angular en el desarrollo sexual del niño. Si los padres son demasiado estrictos y avergüenzan al hijo por su conducta o si la exacerban (indicándole dónde debe explorar, o más aún en casos extremos, mostrándole como debe llevar a cabo sus experiencias sexuales), el niño asociará sentimientos negativos de culpa o vergüenza, respecto a lo que le proporciona placer y está relacionado con sus genitales. Las fantasías del infante son vívidas, aunque diferentes de las del adulto en cuanto a naturaleza y contenido, pudiendo provocar resultados indeseables (59). Las diferencias existentes entre los modelos y papeles de cada sexo son determinados por hábitos culturales, sociales, familiares y ambientales. Son de particular importancia, las connotaciones sexuales que van adquiriendo para el niño, algunas actitudes paternas a lo largo del crecimiento. Expresa Eric H. Erikson que la genitalidad infantil está destinada a permanecer en germen, como una promesa de lo que será luego, si no se la provoca específicamente para que se manifieste precozmente, mediante frustraciones o costumbres especiales (como los juegos sexuales organizados) (23).

S. Isaacs en un estudio con niños de la escuela maternal, varones de 2 a 6 años en su mayoría, observó que el exhibicionismo y el voyeurismo así como el sadismo, eran comunes a las edades de 3 y 4 años. Esta autora ha subrayado también la existencia de una curiosidad persistente acerca de la anatomía del otro sexo, ya que los varones buscaban aproximarse a las mujeres para intentar, seriamente o como juego examinar sus órganos genitales (18).

A los 6 años ambos sexos proceden a mutuas investigaciones, obteniendo una respuesta concreta al problema de las diferencias sexuales. Para confirmarlo desarrollan sus correspondientes juegos sexuales y surgen preguntas sobre cómo sale el bebé de la madre o

el origen de su existencia. A los 7 años pueden aparecer las primeras “historias de amor” entre niños y niñas, a los 8 años comienzan a hablar y burlarse de los problemas sexuales, a los 9 años se interesan por los detalles de sus propios órganos sexuales y por su función. Puede disgustarles que le vean desnudo o incluso no querer que lo vean desnudo su padre ni su madre, se separan por sexos en los juegos y cuando éstos son mixtos tratarán a veces de besarse o bromear sobre lo referente al sexo. En la edad escolar el niño tiene especiales relaciones con los mayores, con quienes suele tratar de identificarse; superada la pubertad aparecen los enamoramientos con personas del mismo sexo, con frecuencia de la misma edad y posteriormente con personas del sexo contrario. A medida que los hijos van creciendo, las preocupaciones paternas acerca de la sexualidad se incrementan notablemente. **La transición desde el ambiente del hogar al mundo escolar, es una tarea fundamental y crítica, debiendo ser gradual**, el menor tiene que estar capacitado para internalizar la imagen paterna, de modo que le permita tolerar la separación de la figura que le proporciona cuidados; en forma paulatina va estableciendo relaciones significativas con los compañeros del mismo sexo, con quienes comparte intereses, aficiones, actividades y posteriormente fantasías relacionadas con la sexualidad.

Estas amistades homosociales consolidan la identidad sexual, fuertemente influida por las expectativas sociales y culturales. La introducción del niño en el mundo sexual de los adultos se va realizando a través de las historias que oye, del cine, la televisión, Internet, además de lo que vive cada día, desarrollando así una latente curiosidad erótica. Por otra parte aprende las categorías morales, absorbiendo múltiple información de un modo conjunto. No obstante, los significados cognoscitivos y afectivos de las palabras y los símbolos no son bien comprendidos, pudiendo ser fácilmente distorsionados por el niño. La información sexual obtenida desde múltiples estímulos, generalmente sin ser clarificados en forma correspondiente, acostumbra mezclarse con suposiciones personales y fantasías; muchas veces la mayor parte del aprendizaje se realiza en períodos posteriores de la vida y consiste sobre todo en corregir la información falsa que se ha obtenido en la infancia. (10).

En relación a lo precedentemente expuesto, es de importancia y se halla estrechamente ligado a la problemática de este trabajo, un aspecto particular en relación al desarrollo del lenguaje que se refiere, tal como lo plantean Marcelli D. y De Ajuriaguerra, a que el niño atraviesa una etapa importante hacia los 3-4 años, cuando descubre la posibilidad de no decirlo todo, de decir lo que no es y de inventar una historia. Mentir es para el niño la posibilidad de adquirir poco a poco la certeza de que su mundo imaginario interno permanece en él. Si bien es verdad que inicialmente, el niño realiza mal la distinción

entre la realidad y su mundo imaginario, es cierto también que percibe bastante claramente y de prisa en el mundo material que lo rodea, lo verdadero y lo falso. Sin embargo esta distinción no adquirirá pleno significado antes de los 6-7 años, edad en la que se integran más sólidamente los valores sociales y morales. Si mentir le permite protegerse, decir la verdad se incorpora poco a poco como una conducta social en la que la autoestima y el reconocimiento de los demás llegarán a situarse en un primer plano. Durante la infancia la distinción entre lo verdadero y lo falso y más tarde entre la verdad y la mentira, es progresiva. Según Piaget, antes de los 6 años, el niño no distingue entre mentira, actividad lúdica y fabulación. Lentamente, después de los 8 años, la mentira adquirirá su dimensión intencional. Entre estas dos etapas, con prevalencia de la actividad lúdica de la fabulación y de la imaginación antes de los 6 años y la mentira intencional después de los 8 años, se sitúa un período en el que lo verdadero y lo falso son percibidos, pero en el que la mentira se confunde con el error (49). Estas características refuerzan la importancia de que las experiencias vividas por los niños sean claras, a fin de no prestarse a confusiones perceptivas. En nuestra temática, interesa particularmente lo relacionado a las formas de respuesta a las necesidades de afecto, contención y “ternura”; asimismo son importantes las palabras con las que los adultos significan determinadas experiencias, con las que pueden promover confusiones en lo que había sido percibido sin errores.

Son poco específicos los parámetros socioculturales y biológicos en relación al inicio de la adolescencia. Los puntos de referencia biológicos se circunscriben a la aparición de la pubertad, que se desarrolla lentamente y sobreviene entre los 10 y 14 años, aunque su manifestación cercana a estos límites no siempre implica necesariamente una patología. Se caracteriza en las niñas inicialmente por un aumento del ritmo de crecimiento y la aparición de desarrollo mamario. En el varón por un aumento del volumen testicular y más tardíamente aceleración de la velocidad de crecimiento. Los cambios en la composición corporal preceden en unos años a la aparición de los caracteres sexuales secundarios, así las niñas aumentan su contenido de grasa corporal hacia los 7 años de edad, para a los 16 presentar un predominio en el contenido graso respecto a los varones de igual edad cronológica, mientras en estos últimos se demuestra un aumento del agua corporal total, que se produce a partir de los 9 años para duplicarse entre los 10 y 17 años de edad. Estos son solo ejemplos del proceso dinámico ininterrumpido que se sustancia, aunque no evidenciable a simple vista en toda su magnitud. Profundas modificaciones afectarán tanto el equilibrio orgánico, la estructura intelectual, la integración social y afectiva como la imagen que el individuo tiene de sí mismo y del ambiente (4).

Las transformaciones en este período, al ser asincrónicas o bien no coincidir con la evolución de sus amigos y compañeros, lo pueden hacer sentir distinto a los demás, raro y a veces anormal, si la diferencia en el ritmo de crecimiento es muy evidente. El hecho de tener un cuerpo que cambia y de ser un cuerpo en proceso de cambio, atraerá inevitablemente la atención del sujeto hacia dicho cuerpo.

1.3.2 Actividades y Experiencias Propias del Período Evolutivo que Involucran los Órganos Sexuales

El conocimiento de los órganos sexuales es producto de la propia percepción, a la cual contribuye la directa exploración del cuerpo propio y de los otros, como también la percepción de las otras personas, transmitida como respuesta directa o como información. La función de los órganos es resultado en parte, de las experiencias que llevan a este conocimiento; el valor que se les atribuye depende en gran medida de la influencia ambiental, que facilitará o bien obstaculizará dicha función. El niño se preguntará si sus padres obtienen del mismo modo que él, satisfacciones de su actividad sexual, tranquilizándose o sintiéndose culpable según las respuestas que le den o se dé él mismo, siendo afectado tanto por una respuesta confirmativa como negativa del placer según la experiencia de sus padres.

Según refiere Ajuriaguerra, a partir de los estudios de Freud se ha dado el nombre de masturbación, a determinados actos relacionados con el aparato genital, con diverso valor según la edad, así como a actos eróticos relativos a zonas erógenas no genitales pero que se consideran equivalentes a las zonas genitales. Del estado actual de dichos estudios parece sacarse la conclusión de que antes del estadio fálico, los órganos genitales son ya zonas erógenas, existiendo paralelamente un erotismo bucal o anal. S. Freud daba gran importancia al autoerotismo del bebé: “el onanismo del bebé, al que prácticamente nadie escapa, prepara la posterior primacía de la zona erógena genital. Los actos que provocan la excitación y su satisfacción son el frotamiento con la ayuda de la mano, o los movimientos con que se aproximan los muslos (preparados por actos reflejos), actos especialmente frecuentes en las niñas”. En el coloquio realizado en Viena en 1912, todos los psicoanalistas coincidieron en aceptar el carácter universal de la masturbación infantil, sin darle valor patológico. Parece demostrado en la actualidad, que antes del año puede haber en ambos sexos ciertos tipos de actividad que reciben el nombre de “juego genital” y que implican la manipulación de los órganos sexuales, balanceos, manipulación e

ingesta de excrementos. Según R. Spitz y K.M. Wolf, los tres actos tienen en común el ser rítmicos, estimulantes y acompañados de una evidente satisfacción. M.I. Levine señala que en los seis primeros meses la exploración manual se limita a la cara por las características del bebé. Hacia los seis meses cuando aparece el balanceo, se puede dar un acunamiento, a veces con un ascensional movimiento rítmico de la pelvis. A partir del 6º mes es corriente tocarse los órganos genitales, lo que suele manifestarse como exploración fortuita y no sostenida. Tras los trabajos de Halverson, sabemos que la erección se observa con frecuencia a lo largo del primer año, difiere bastante en cada niño tanto en frecuencia como en duración, puede producirse durante el día y en el sueño y en ocasiones tras el amamantamiento. La erección puede ir acompañada de agitación, enderezamiento, lloriqueos, acción de rascarse, de chuparse el dedo, de hiperactividad muscular, cual si se tratara de algo desagradable, estas reacciones desaparecen al concluir la misma. Tales erecciones o tactos genitales no tienen idéntico valor que en el adulto, ya que en estos casos los órganos genitales son objeto. Algunos prefieren, nombrarlo como actividad autoerótica en su más amplio sentido y no como juego genital. F. Von Gagern distingue dos tipos de masturbación infantil: la masturbación propia del juego, que por consiguiente no es una compulsión a la satisfacción y la masturbación con un sentido, expresión de un desafío ante los otros y ante sí mismo, que no tarda en producir sentimiento de angustia y de culpabilidad. Casi todos los psicoanalistas consideran que hacia los 2 años se detiene la masturbación, cosa que coincide con la primacía del erotismo anal, para reproducirse nuevamente hacia los 3 o 4 años con el inicio del estadio fálico. Durante el período de latencia según Freud, disminuyen los intereses sexuales del niño, no obstante hay quien sostiene que en este período se da una mayor acentuación en lo no sexual, antes que una clara disminución de los intereses sexuales subyacentes; pasado ese período, según el informe Kinsey, hay un progresivo aumento del índice de masturbación desde los 10 años, para elevarse hacia los 15 en el 80% de la población. El aumento de la masturbación, parece mayor en los niños que en las niñas. La actividad autoerótica y masturbatoria no se explica sino inmersa en el desarrollo de la personalidad que contribuyen a formar, personalidad que a su vez las modifica. Los cambios se producen no sólo en relación al acto como tal, sino en función del consiguiente placer y de la respuesta del otro, provocada al revivir en el mismo, anteriores experiencias reelaboradas en su reorganización como adulto; esto supone que lo que el niño busca en su autoerotismo puede no coincidir con lo que percibe el otro. El niño encuentra en su propio cuerpo una compensación sustitutiva, al sustituir el objeto por su aparato genital, que es considerado como objeto, hallando en sí mismo una forma de

descarga para sus tendencias agresivas y eróticas dirigidas al objeto. Desde el psicoanálisis, autores como E. Kris y M. Klein se refieren a los fantasmas masturbatorios. Aparte del placer que puede producir, la masturbación siempre está inmersa en el problema de los fantasmas subyacentes y en la ansiedad y culpabilidad manifiesta. En el marco del complejo de Edipo, del interés narcisista por el pene, de la amenaza y del temor a la castración, se organizará la actividad o la fantasmática masturbatoria. A la masturbación adolescente M. Balint le da el nombre de acción todavía autoerótica en su realización, pero ya objetivamente orientada por los fantasmas que la acompañan. Según F. Von Gagern, cabe distinguir esencialmente dos tipos de masturbación en la adolescencia. La “Not Onanie” por una parte y el “Onanismus” por otra. En la “Not Onanie” se siente capaz de establecer relaciones sociales válidas, no tiene dificultades comunicativas ni aparece carácter neurótico alguno. En el plano de la masturbación, la elaboración del fantasma se producirá en el sentido de representaciones heterosexuales: el adolescente buscará, presentirá o se imaginará a la persona objeto de su deseo. El “Onanismus” responde a una clara incapacidad de establecer auténticas relaciones sociales, siente gran dificultad para comunicarse y presenta rasgos neuróticos (18).

Según Kinsey, Pomeroy y Martín, durante los años previos a la adolescencia la estimulación sexual es mucho más común en los varones que en las niñas. Si bien el orgasmo en los niños y niñas no se reconoce tan fácilmente, los fenómenos fisiológicos que produce la excitación erótica en ambos sexos son los mismos que se han descrito para los mayores. En relación a los juguetes sexuales en la infancia, los autores solo se refieren a los juguetes específicamente genitales y de la conducta abiertamente sexual, tal como aparece antes de la adolescencia. Refiriéndose al sexo masculino, las entrevistas con niños varones menores de 5 años y las observaciones hechas por los padres y personas que fueron objeto de estudio, indican que los abrazos y besos son habituales en la actividad de niños muy pequeños y que el automanoseo de los genitales, su exhibición, el examen de los de otros niños y ciertas manipulaciones, en ocasiones bucales, de los genitales de otros niños, ocurren en los pequeños de dos a cinco años más frecuentemente de lo que las personas mayores recuerdan en sus propias historias. Muchos de estos juegos tan precoces parecen ser puramente exploratorios, guiados por la curiosidad. Sin embargo el niño aprende muy pronto que estas actividades tienen cierta importancia social, su excitación emotiva durante las mismas, puede acarrear reacciones hacia lo misterioso, lo prohibido y los actos socialmente peligrosos, o bien implicar verdaderas respuestas eróticas (Sears, 1943). Los autores se refieren a las posibilidades de erección y orgasmo, pudiendo ambas ser

provocadas a partir de los juegos de los niños pequeños; señalan la producción de estos con mayor facilidad que en los adultos, en los años previos cercanos a la adolescencia, así como en los primeros años de esta. También explican respuestas eróticas a partir de respuestas emotivas como dolor, miedo, enojo y como estimulaciones físicas o tensión general del cuerpo; en principio las situaciones emotivas podrían ser independientes de la naturaleza sexual. A fines del segundo decenio, los varones responden raramente a estímulos que no sean la excitación física directa de los genitales o situaciones específicamente sexuales. Los varones en mayor proporción que las mujeres tuvieron estos juegos, principalmente entre los 8 y 13 años, a veces consistentes en una sola experiencia, otras reiterándose por espacio de uno, cinco o más años; generalmente los juegos se realizan con compañeros de edad parecida a la del sujeto, aunque a veces con un niño o una niña algo mayores. **En los varones, en general los juegos homosexuales, ocurren con mayor frecuencia y son más específicos que los juguetes heterosexuales de la preadolescencia,** no pareciendo esta última ocupar tanto la atención de los varones, esto pareciera relacionado a la mayor accesibilidad del niño a las personas de su propio sexo. El acto más frecuente en los juegos homosexuales es la exhibición de los genitales, existiendo además manoseo de los genitales, contactos anales o bucales con los órganos sexuales e inserciones uretrales. **Al parecer son casuales y desprovistos de excitación erótica muchos de los juegos sexuales de los niños menores.** Con el mayor desarrollo, cuando los muchachos practican la auto masturbación, surgen actividades grupales con exhibición, que conducen a veces al manoseo mutuo de genitales en un juego homosexual. Entre los niños más jóvenes los contactos manuales son aún incidentales, casuales y sin conocimiento de las posibilidades emotivas de tal experiencia. Las técnicas anales y bucales están limitadas en ellos porque incluso en edades tan precoces, ya existe cierto conocimiento de los tabúes sociales referentes a estas actividades; es probable que los datos suministrados sean considerablemente menores de los reales. Tanto los juegos heterosexuales como los homosexuales, comienzan con la exhibición de genitales, quedando a veces limitados a ello. Existe gran curiosidad en los niños, tanto del sexo masculino como del femenino, por los genitales del sexo opuesto, curiosidad estimulada o fundamentalmente engendrada por las restricciones sociales a la exhibición intersexual. En esta extensa y exhaustiva investigación, se observó que en la mayoría de los preadolescentes varones que tuvieron actividades heterosexuales, estas consistieron en el tocamiento de los genitales femeninos, **también en estos casos, los contactos se refieren incidentales** incluyendo inserciones vaginales con objetos de varias clases, pero con mayor frecuencia de los dedos. El orgasmo se observó en niños de todas las

edades, desde 5 meses hasta la adolescencia. La vida sexual de los niños pequeños forma parte de sus juegos, en mayor o menor grado. Suele ser esporádica y debido a las restricciones impuestas por nuestra estructura social, en gran número de casos puede no manifestarse abiertamente. Fue marcada la diferencia entre varones y mujeres, con el predominio de varones que a los 15 años ya habían tenido orgasmos. En la población estudiada, la primera eyaculación en los varones, fue producto en primera instancia de la masturbación, siguiendo las poluciones nocturnas y luego los contactos heterosexuales y otras formas. Los actos sexuales infantiles terminan antes de la adolescencia o en los primeros años de ésta; las actividades eróticas de los adolescentes y adultos derivan a nuevos caminos, adquiriendo conocimientos sociales y aprendiendo otras técnicas de contacto físico. **Las experiencias infantiles, se continúen o no en las de edades ulteriores, pueden condicionar en todos los niños el estímulo o la inhibición de su actividad sexual posterior en la adolescencia y la edad adulta (43).**

Otra investigación realizada años más tarde, esta vez en relación al sexo femenino, dirigida por Kinsey con la colaboración de Martin, Pomeroy y Gebhard refiere que entre niñas de corta edad la masturbación conduce con frecuencia al orgasmo. Los orígenes del despertar sexual a la edad de 3 años, se atribuyen a reacciones psicológicas y contactos físicos con otras niñas. Una técnica común en la masturbación precoz consiste en la manipulación de sus genitales y en particular del clítoris; otra consiste en colocarse boca abajo con las rodillas flexionadas, moviendo rítmicamente las nalgas con el objeto de intensificar las tensiones neuromusculares que culminarán posteriormente en el orgasmo. Según este estudio, las mujeres recordaban juegos heterosexuales preadolescentes, juegos homosexuales y la mayoría, juegos sociosexuales. Estos últimos representan los antiquísimos juegos de “mamá, papá y doctor”. El niño no comprende siempre la naturaleza específicamente sexual de estos juegos, aún cuando el varón se acuesta encima de su compañera de juegos; como ya se dijo, una proporción considerable de los juegos sexuales previos a la adolescencia proviene de la curiosidad por la anatomía del compañero. Los adultos interrogados recordaban sólo una parte de sus experiencias infantiles, los mismos niños olvidan fácilmente dichos episodios, ya sea por su carácter accidental o por la perturbación emocional que les producen, de la que se defienden reprimiendo su recuerdo. No obstante estas experiencias incorporan información que influirá en los comportamientos sexuales futuros. En la población femenina la exhibición genital ocurrió en prácticamente el total de los casos en que existieron juegos sexuales infantiles, de los cuales, casi la mitad se limitó a la exhibición, mientras el resto de las niñas en sus juegos heterosexuales, acariciaba

los órganos genitales del compañero, aunque en alguna circunstancia se tratara de un contacto accidental; solo en un reducido número de casos las actividades heterosexuales fueron francamente masturbatorias, siendo escasa la introducción de los dedos u otros objetos en la vagina o la actividad bucogenital. Pese a la posibilidad de erección de los varones, por el escaso desarrollo del miembro en los niños, no es común la penetración, más bien se supone la ocurrencia de yuxtaposición genital. Las diferencias anatómicas despiertan gran curiosidad a los niños, la que aumenta con la prohibición de exponer sus propios cuerpos desnudos y por el deseo de compararse con otros menores, ya que suele prohibírseles mostrar sus genitales y contemplar los de los otros; la exploración de genitales no tiene otro sentido que el de la comparación anatómica, así como comparan sus manos, narices, bocas, etc. Es muy probable que una gran parte del contenido emocional de tales juegos no sea sexual, sino una reacción ante el misterio de lo vedado. Muchos de los historiados recuerdan con precisión la primera vez que vieron los genitales del sexo opuesto, lo que demuestra la importancia que tiene tal experiencia para el niño. Los autores relacionan esto con una cultura que se esforzaba en ocultar las diferencias anatómicas entre sexos y estiman, que la proporción del juego sexual en la infancia es mucho mayor de la que los individuos confiesan al llegar a adultos (44).

Es oportuno considerar para nuestra época, que además del excesivo exhibicionismo en especial a través de los medios masivos de difusión, persiste en muchas familias el ocultamiento de las diferencias anatómicas no siempre con un criterio de privacidad, sino más bien con características de expresión de conflictos en relación al sexo. Sin embargo, quizás lo que persiste principalmente en nuestra sociedad, es una gran resistencia a tomar esta temática con libertad y seriedad. Se suma una creciente confusión particularmente en lo referido a identidad sexual. Todo lo anterior constituye un sustrato que subyace proporcionando diversas motivaciones para la existencia de las conductas referidas y la exacerbación de las mismas, requiriéndose la observación de su evolución y repercusión.

Se han considerado especialmente importantes los aportes de Kinsey, Pomeroy, Martín, y Gebhard, porque si bien tienen cuestionamientos desde lo metodológico, hacen un exhaustivo relato de las conductas sexuales en los niños, las que son difíciles de investigar en general. Por otra parte a partir de las prácticas en clínica infantil, se consideran pertinentes sus observaciones respecto a la diferencia en la utilización de entrevistas, versus la aplicación de cuestionarios. En virtud del período evolutivo y las particulares características del tema, se desprende la importancia de un acercamiento distinto a los niños, especialmente los menores de 8 años, valorizando la entrevista, así como la utilización del

juego y el dibujo. Si bien reconocen los beneficios de ambas modalidades en la investigación, los mismos alertan sobre el uso excesivo de cuestionarios. También desde los datos obtenidos, bajo nuestro punto de vista queda revelada la existencia de abuso sexual por parte de adultos hacia los niños, aunque los autores se limitaron a la descripción y no fueron interpretados como tal. Esto se desprende de la incorporación en el trabajo, de las actividades sexuales de niños con adultos en el mismo apartado que los juegos y auto manipulaciones (43). Es altamente probable, que no reflejen la realidad actual muchos de los resultados obtenidos en estas importantes investigaciones, que involucraron a miles de varones y mujeres de distintas edades. Es posible que se hayan modificado en diversa medida las conductas sexuales en varones y mujeres, debido a los cambios socioculturales en general y particularmente respecto al tema sexual. Por un lado se generaron conductas más libres y espontáneas que son positivas, pero también conductas desinhibidas, con implicancias negativas como producto de una sobreestimulación inadecuada. Se considera importante a los fines de este trabajo, el registro de las características de las conductas sexuales en menores.

1.4. Trauma y Efectos Postraumáticos Biopsicosociales

1.4.1 Trauma y Estrés

El abuso sexual y su daño psíquico, remiten a Freud y el concepto de Trauma, como acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente, el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos se caracteriza por un flujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente, dichas excitaciones. Trauma y traumatismo son términos utilizados ya antiguamente en medicina y cirugía; trauma proviene del griego, con el significado de “herida”, y deriva de otra palabra griega que significa “perforar, herida con efracción”. El psicoanálisis ha recogido estos términos (en Freud solo se encuentra Trauma) trasponiendo al plano psíquico las tres significaciones inherentes a los mismos: la de un choque violento, efracción y consecuencias sobre el conjunto de la organización. El concepto de trauma adquirió un valor creciente, aparte de toda referencia a la neurosis traumática propiamente dicha. El yo, al desencadenar la señal de angustia intenta evitar ser desbordado por la aparición de la angustia automática, que caracteriza la situación traumática, en la cual el yo

se halla indefenso. Esta concepción lleva a establecer una especie de simetría entre el peligro externo y el peligro interno: el yo es atacado desde dentro, es decir por las excitaciones pulsionales, como lo es desde fuera. Freud postula la pulsión como una fuerza constante, un peligro frente al que no cabe la huida; la huida del aparato psíquico es la división: la represión. En condiciones no traumáticas, el yo emite la señal de angustia que refuerza la represión, hasta que se organiza el síntoma como respuesta equilibrante de la estructura, esto implica que se ha hecho algo con la irrupción de una cantidad de excitación que exige trabajo psíquico al aparato. Respecto del trauma como un hecho acontecido, es que haya sucedido algo que no es posible simbolizar, nombrar, una definición del trauma es, “lo no simbolizado”, es decir cuando el yo y su función de dar la señal de angustia ha quedado sobrepasado. Es de importancia la noción de “desamparo”, como estado del lactante que dependiendo totalmente de otra persona, para la satisfacción de sus necesidades, se halla impotente para realizar la acción específica adecuada para poner fin a la tensión interna. Para el adulto el estado de desamparo constituye el prototipo de la situación traumática generadora de angustia (45).

La idea de noxa que desborda la capacidad metabólica del sujeto, nos remite al concepto de estrés. El término estrés tan vulgarizado actualmente tiene un sentido equívoco: lo mismo indica un estímulo externo patógeno que una reacción defensiva del organismo. Cuando se habla de “intensidad del estrés psicosocial”, esto equivale a acontecimiento vital, adverso especialmente intenso; naturalmente la patogenicidad del acontecimiento vital resulta tanto mayor cuanto mayor es el conflicto íntimo del sujeto. Existen acontecimientos traumáticos que se encuentran por fuera del marco normal de la experiencia humana (violación, guerras, desastres naturales, accidentes, otros). El ser humano puede adaptarse a nuevos ambientes o circunstancias, siempre que los estímulos no resulten abrumadores por su intensidad y frecuencia. Esto nos lleva a la segunda acepción: el estrés como reacción defensiva del organismo frente a situaciones perturbadoras (sean estas tóxicas, traumáticas o psicosociales). El mecanismo descubierto por Hans Selye en 1936, básicamente consiste en una respuesta biológica del organismo, que lo prepara para ponerlo en condiciones de luchar o huir, ambas, situaciones que requieren una gran actividad muscular (de ahí que en lenguaje coloquial, estrés se traduzca por tensión). Los tiempos del Síndrome General de Adaptación (SGA), los englobó Selye como 1) reacción de alarma 2) etapa de resistencia 3) fase de agotamiento. El primero representa un llamado general a los recursos con que cuenta el ser humano, componentes necesarios en la vida para vencer los obstáculos; los dos

restantes implican patología y resultan de la exposición a estímulos especialmente amenazantes y duraderos (80).

1.4.2 Repercusiones Psicobiológicas

Desarrollando conceptualizaciones psiconeuroquímicas actuales, J. Moizeszowic y M. Moizeszowic, se refieren a la región cerebral que activada de forma crónica por el estrés, procesa las señales de manera tan veloz, que sus acciones se independizan del control que pudiera ejercer la corteza frontal. A los circuitos y vías que intervienen en este procesamiento de señales se la denomina “región de trauma cerebral” (*Brain Traumatic Center RTC*). El *homo sapiens* ha conseguido producir la especialización en diferentes centros, por ejemplo la corteza rinal y el bulbo olfatorio evolucionaron en un sentido anatómico, dando lugar a la aparición de la corteza frontal “inteligente”. Se logró así que el funcionamiento del cerebro esté determinado por diferentes subsistemas integrados, con un alto grado de diferenciación y autonomía.

En los trastornos de ansiedad interactúan diferentes estructuras como son el sistema límbico, el hipotálamo anterior y posterior, el locus coeruleus, la formación reticular, la corteza piriforme y las glándulas suprarrenales. La hormona liberadora de corticotrofina (CRH) produce sus acciones farmacológicas en todas estas zonas conocidas como RTC. El centro del trauma cerebral está integrado por tres zonas: Eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, amígdala cerebral y locus coeruleus. Actúa desde el punto de vista práctico, como un sistema cerrado que recibe, reconoce, resuelve, procesa y almacena en forma casi autónoma, los estímulos de carácter emocional. Luego de reconocer el estímulo estresógeno, por medio de una verdadera red intersistémica, se activarán sistemas defensivos de adaptación. La CRH y los glucocorticoides originados tratan de “adaptarse” a la nueva situación, produciendo fenómenos inhibitorios (reducción de linfocitos, de la reacción antígeno-anticuerpo). Cuando el sistema de afrontamiento no es el adecuado, se generará una retroalimentación o *feedback* positivo o desinhibitorio, que dará origen a un sistema de señales ajeno a la conciencia, corteza-subcorteza cerebral, con aumento de la descarga noradrenérgica, que producirán diversos trastornos (pánico, ansiedad generalizada, etc.) como respuesta al estrés. Existen excitaciones no inhibidas por circuitos subjetivos (afectos, representaciones) que producen descargas tóxicas. La importancia de la región RTC reside en la capacidad para captar los estímulos emocionales a una elevadísima velocidad intraxónica, casi con absoluta prescindencia de las áreas corticales. La velocidad

de la interconexión de la red neuronal de dentro de este triángulo RTC es muy superior a la que poseen estas vías con las áreas frontales. Si la excitación intrasomática no se redujo, sino que por el contrario mantuvo un elevado nivel, no puede constituirse el matiz afectivo (se perpetúa el tono monótono de la angustia) ni tampoco la sensorialidad. Ambos son los primeros contenidos de la conciencia. Por lo tanto, se produce una descarga no restrictiva, que tiene como efecto una invasión cuantitativa a nivel corporal. La no participación de las “áreas frontales” implica, desde lo psicológico la ausencia de los componentes originarios de la subjetividad.

Esta regulación debería ser puesta en juego por la madre, quien como mediadora inhibe el proceso, cualificando la excitación. Más tarde el niño, a través de la construcción de este objeto psíquico, será el encargado de la autorregulación a partir de sus propios matices afectivos, percepciones y circuitos representacionales.

En el individuo normal, frente a un estímulo, la CRH recorre un camino que empieza en el núcleo supraventricular y continúa en el hipotálamo anterior, posterior, amígdala y el locus coeruleus, siendo este proceso reversible ya que presenta un *feedback* inhibitorio propio (autorregulación). En cambio en los pacientes con trastornos de ansiedad (generalizada y crónica) la CRH se trastoca y provoca una estimulación permanente o semipermanente sobre la amígdala y el locus coeruleus, generando una neurovulnerabilidad celular, con consecuencias a nivel psicobiológico. La CRH está directamente asociada a la conservación de la vida. Sus acciones estimulantes son necesarias para la subsistencia. Por lo tanto, no se podría afirmar que su acción es negativa, sino que la estimulación de la CRH sobre la RTC es patológica. Esta vulnerabilidad o predisposición, se traduce en un aumento del alerta o vigilancia, que produce aumento de actividad parahipocámpica con descargas en áreas prefrontales, hipotalámicas, talámicas e hipofisarias, que a su vez produce descargas noradrenérgicas y de cortisol. Sin embargo estas manifestaciones no son específicas de la ansiedad, ya que también se observan en el estrés y en diferentes estados emocionales como la ira, la alegría y la excitación sexual.

Si la CRH no se puede autoinhibir, genera diferentes estados patológicos: *estado de alarma automática, activación espontánea de tipo kindling, fenómeno de aturdimiento*. En el estrés agudo pero transitorio, los estudios realizados indican que se produce una neuromodulación de los neurotransmisores sobre la afinidad y sobre la densidad de sitios de los receptores, lo cual significa conductas temporarias. En el estrés crónico, los cambios son estructurales y están directamente asociados a la alteración de la expresión genética del núcleo, con lo cual las conductas son duraderas constituyéndose un sistema excesivamente

excitante y perpetuo, que produce alteraciones ubicadas más allá de la química neuronal, alteraciones de carácter estructural (57). Numerosas investigaciones sobre los factores de riesgo potencial para el Trastorno por Estrés Postraumático se refieren tanto a la severidad o el tipo de trauma, como a aquellos correspondientes a los individuos que lo experimentan, es decir el riesgo biológico (85). El hecho de que un número de factores de vulnerabilidad, asociados al riesgo incrementado de desarrollar TEP, sean también proclives a estar biológicamente determinados (por ej. un componente genético, historia psiquiátrica previa, antecedentes de familiares con historia de desorden psiquiátrico), constituyen evidencia en apoyo del rol de lo psicobiológico en la producción del TEP. Sin embargo existen muchas controversias y estudios que apoyan la producción de una tasa baja-normal de cortisol en el TEP crónico y sugieren que se trata de una característica funcional preexistente. No está claro si esta condición juega un rol etiológico, o si constituye un epifenómeno de otros procesos. Lo que sí parece claro no obstante, es que esta característica es relativamente inespecífica del TEP, dado que el cortisol bajo fue observado en múltiples poblaciones, incluyendo individuos normales tanto bajo estrés crónico, como bajo condiciones de cuidado médico crónicas (50).

1.4.3 Repercusiones Psíquicas

La palabra “daño” es reiteradamente usada por las personas que han sufrido una experiencia traumática, implica destrucción o detrimento, pérdida, quebranto de la salud o de los intereses. Este término es usado en el ámbito legal y nos remite a la necesidad de reparación por daño físico, psíquico y moral; en ocasiones es requerida la evaluación del grado de daño. El daño psíquico desde ese enfoque implica en términos generales la existencia de enfermedad psíquica relacionada al hecho traumático, que ocasiona una disminución de las aptitudes psíquicas previas, que tiene carácter de irreversibilidad o al menos de consolidación desde lo jurídico.

Es muy complejo en los niños dado el período evolutivo, en quienes no solo puede haber pérdida de capacidades, sino que directamente estas pueden no desarrollarse, llegando incluso a la deficiencia mental, a partir de la estimulación inadecuada y/o la falta de estimulación adecuada. Por otra parte, los cuadros en la infancia, tienen características diferenciadas de los adultos, en cuanto a la posibilidad de constituir entidades nosológicas.

La descripción del Trastorno por Estrés Postraumático dentro de los Trastornos de Ansiedad del DSM IV, es de mucha utilidad en cuanto a descripción de un síndrome. De

modo semejante al Síndrome Febril puede tener múltiples causas, con diferente evolución en diferentes sujetos, en distintas condiciones ambientales. Las reacciones evidenciables en el funcionamiento psíquico de un niño, no son diferentes en gran medida de las manifestaciones de otros traumas diferentes al abuso sexual. No son útiles las largas listas de sintomatología, sin el conocimiento profundo de la psicología evolutiva normal y el estudio en cada niño de su estructura de personalidad, indisolublemente ligado a su historia de vida y sus características intrínsecas.

Reafirma Telma Reca que en cada caso individual es casi siempre posible, identificar las constelaciones causales de un cuadro psicopatológico, señalar las secuencias patogénicas y conjeturar la dinámica del cuadro de modo aproximadamente preciso. No alcanzamos un grado parejo o lejanamente comparable de rigor y validez, al intentar la empresa de formular leyes psicopatológicas de presentación de síntomas y formación de cuadros, a partir de la consideración de los factores etiológicos actuantes. No vemos aparecer en efecto, una relación lineal entre factores etiológicos o circunstancias causales, síntomas y cuadros psicopatológicos. La autora considera indispensable subrayar algunos puntos para comprender y tratar la conducta patológica. Parte de la importancia de la **simbolización**, como actividad básica primaria de la mente humana, que implica una transformación interior continua de la experiencia desde el nacimiento. Resalta que el **contenido de la experiencia** se halla relacionado con la capacidad perceptiva y de captación del niño, en cada momento de su evolución y el **tono afectivo** de la misma, depende de la vivencia positiva o negativa que posee para él. Esta experiencia, ejerce su **influencia sobre sus relaciones con los demás**, según el significado que el niño acuerda a la intervención de ellos en la determinación de este tono afectivo. Asimismo la **repercusión en el propio organismo**, es resultado de la secuencia de reacciones e influjos nerviosos, neurovegetativos y neurohumorales que suceden. La **comprensión del significado real** será producto de su capacidad de juicio y diferenciación de la realidad. Mientras la **visión que va adquiriendo sobre su sí mismo**, es consecuencia de lo que el niño experimenta al actuar, conjuntamente con las actitudes que advierte en los demás hacia él.

Esta esquemática enumeración lleva implícitos ciertos forzosos corolarios:

- Las conductas patológicas en cualquier momento de la evolución, solo pueden aparecer como desviaciones o deformaciones de las conductas normales para la edad y grado de maduración correspondientes y están limitadas por ellas.

- Paralelamente a la conducta externa observable y a las intenciones y sentimientos corporal o verbalmente comunicables, existe o se constituye un mundo interior de significados propios, sentimientos profundos y contenidos inconscientes.
- Las particularidades propias del niño introducirán, asimismo, variantes individuales en esos mismos sectores. La existencia de defectos o anormalidades de cualquier tipo en cualquier área del organismo o función, pero muy especialmente en la sensopercepción, en los procesos intelectuales, en los caracteres de la afectividad y en el nivel de actividad, traerán aparejadas alteraciones mayores.
- En cualquier caso la conducta debe verse como la resultante de la constelación de condiciones externas conocidas y de elaboraciones inconscientes acumuladas y no sometidas a comprobación o rectificación.

Toda experiencia tiene un contenido perceptivo, intelectual, cognitivo; un matiz emocional afectivo; un componente de acción o estímulo a la acción. Cada experiencia podría decirse, tiene su propia ecuación psicobiológica, que se implanta sobre las modificaciones que ya ha experimentado la personalidad de un sujeto en evolución. Dicho sujeto es siempre el mismo y constituye una unidad somatopsíquica; en la elaboración constante de su experiencia lleva en sí como caudal propio, todo lo que ha vivido. En un primer tiempo los trastornos generales del desarrollo, del sueño, la actividad y de las funciones fisiológicas son los síntomas dominantes. A lo largo de la segunda infancia el repertorio de síntomas se multiplica y diversifica, al compás del aumento de complejidad y la diferenciación de los fenómenos del desarrollo. Se observan entonces síntomas de carácter general, alteraciones de la nutrición, de la actividad, de las funciones básicas, síntomas psicósomáticos, alteraciones de la conducta social, alteraciones del funcionamiento psíquico y alteraciones de la personalidad. Aparecen como las más universales expresiones de trastorno, aquellas que trasuntan ansiedad, fenómeno fundamental de la vida psíquica (64).

Existe una evidente relación entre la gravedad del estrés y la posibilidad de la crisis emocional. Esta premisa conduce a suponer que cada persona tiene su punto de derrumbamiento, que sitúa en los límites de la cantidad de stress que esa persona puede tolerar. Todo parece indicar que no se requieren deficiencias en la estructura de la personalidad para que el trastorno emocional se desencadene. Parece haber 4 tipos de reacción al estrés: la normal, en la que la alerta es seguida de una acción defensiva, la neurótica, en que la alerta y la angustia son tan grandes que la defensa se transforma en ineficaz, la psicótica, en la que la alarma puede ser mal percibida e incluso ignorada y la

psicofisiológica, en la que fracasa la defensa psíquica y la alerta sobrecarga los sistemas somáticos, provocando cambios hísticos. Por otra parte, los estados de alerta crónica pueden ser estudiados sin que vayan ligados a ninguna reacción específica. El patrón reactivo del paciente y su historia vital determinará si su respuesta al estrés, será por exceso o por defecto (39).

El estrés puede producir desorganización, desintegración y regresión de la conducta. A veces las tres reacciones van juntas. En el momento agudo la desorganización y desintegración se confunden. La regresión es el retorno a formas primitivas de conducta, no necesariamente desorganizadas ni desintegradas; en una situación difícil, el individuo recurre a patrones más seguros y mejor conocidos de conducta. La regresión puede considerarse en general, como una reacción normal al estrés a lo largo de la infancia. Desorganización y desintegración, son por el contrario reacciones patológicas (64).

Para conocer la repercusión psíquica que produce en un niño la experiencia de abuso sexual, es imprescindible contar no solo con la contribución de los adultos responsables en la consulta, sino con lo aportado por el propio menor, para llegar a la comprensión de las emociones, sentimientos y vivencias. Es necesario identificar el estado anímico, evaluar el ejercicio de funciones, valorar el desempeño motriz, los aspectos fisiológicos como el sueño, la alimentación y el control de esfínteres. Asimismo estimar los modos y la calidad de satisfacción de todas las necesidades, que hacen a la autorrealización y autoafirmación como persona y que determinan en suma, el logro de la identidad con sus características particulares; es primordial al respecto conocer su autovaloración y qué imagen tiene de sí mismo. Esto se obtiene fundamentalmente a través del conocimiento de las formas y contenidos de la expresión y comunicación del niño, tanto el lenguaje como el dibujo y el juego. Es muy importante el conocimiento del desempeño escolar y la obtención de una impresión aproximada, de su forma de relacionarse con las personas dentro y fuera de su grupo familiar, particularmente el modo de interactuar con figuras de autoridad. Asimismo interesa la relación con sus pares, los niños menores y las personas adultas en general, tanto conocidas como extrañas. Atañe en especial al tema que nos ocupa, la detección de personas en las que el menor pueda confiar. Igualmente si alguna vez sintió el desamparo de ser desmentida una revelación o necesitó retractarse en sus dichos. Si transcurrió mucho tiempo viviendo innumerables situaciones de abuso o este ocurrió solo una vez; si lo defendieron y protegieron o no. En síntesis, poder acceder al niño como ser sufriente y comprender este sufrimiento, es medular en lo que se ha de evaluar. La clasificación diagnóstica basada en signos y síntomas tiene una utilidad parcial en la trama de este problema, constituyendo un

aspecto a considerar. Es fundamental el diagnóstico que pueda detectar mecanismos defensivos, organizaciones neuróticas o psicóticas, rasgos de personalidad o trastornos de personalidad diversos. Con variados diagnósticos individuales, en forma independiente puede instalarse en la dinámica familiar el destructivo “secreto”; pueden producirse desmentidas, retractaciones y perpetuarse a veces por años el abuso sexual, cuando no hubo respuesta adecuada. Por lo anteriormente expuesto, más allá del cuadro psicopatológico individual, desde la práctica clínica es una constante la necesidad del abordaje familiar y en especial la detección y promoción del factor protector tanto familiar como social. De la ecuación compleja se observan diversos resultados: abusos sexuales graves que pueden evolucionar en forma más favorable que otros. A veces habiendo consistido el AS en solo tocamientos, la evolución familiar y social es realmente maligna, capaz de provocar serios trastornos psicopatológicos a nivel individual. En relación con el contexto social, son de considerar especialmente las respuestas desde los ámbitos de salud y justicia, como todo lo que tiene que ver con las necesidades primordiales que deben ser aseguradas a todos los menores.

Tanto las condiciones patógenas pertenecientes a la realidad objetiva, como las imágenes distorsionadas de la realidad, pueden llevar a la producción de desviaciones psicopatológicas. Las distorsiones de la realidad se crean sobre todo, en la época en que el niño tiene menor capacidad perceptiva, de juicio y discriminación y menor acción transformadora sobre el medio. También se crean dichas distorsiones en aquellos sujetos que están menos dotados o tienen particulares deficiencias en los aspectos citados.

1.4.4 Repercusiones Familiares y Sociales

Es importante la consideración de la complejidad del contexto en el que se producen los abusos sexuales, en el que concurren múltiples circunstancias familiares y sociales. También las consecuencias que genera la revelación o descubrimiento de los mismos (ver gráfico en Anexo). Se hará referencia a algunas de estas circunstancias dada su trascendencia.

Las reacciones familiares y sociales tienen diferencias según la relación con el victimario. Los abusos por extraños pueden llegar al extremo de movilizaciones sociales de gran envergadura, en especial cuando suceden abusos seriales o violaciones seguidas de asesinato y particularmente en los abusos de niños pequeños; estas reacciones son más probables cuando existen falencias en la administración de justicia. La aplicación de penas

al culpable, tiene un fuerte efecto reparador y tranquilizador en las víctimas y allegados como en la población en general. El castigo social que implica la detención del Vo, repercute de diversas formas en las familias comprometidas.

En los abusos incestuosos cometidos por tíos o abuelos maternos, la familia de origen materna se ve fuertemente afectada; en ocasiones se originan alianzas entre algunos integrantes para proteger al victimario, mientras otros apoyan a la madre de la víctima; a veces el resto del grupo familiar materno en su conjunto se alía al abusador, con derivaciones muy negativas en general.

En algunos abusos incestuosos por padres, los hermanos no abusados muestran en algunos casos hostilidad manifiesta a la Va, ante la angustia de ver a su padre preso. En esta reacción es posible que confluyan diversas motivaciones. Responsabilizar a la hermana puede resultar un precario intento de reparar la imagen del padre, desplazando hacia ella la hostilidad que en realidad es para con el victimario; el enojo por la ruptura traumática de la imagen internalizada del padre, lleva a un conflicto de identificación severo que puede ser difícil de expresar, más aún cuando el progenitor persiste en un rol de “víctima”, lo que ocurre comúnmente. Los hermanos que hubieron accedido previamente al conocimiento del hecho, porque lo visualizaron o les fue relatado previamente por la víctima, pueden tener reacciones más comprensivas y aceptar la existencia de delito. Cuando surgen mecanismos de reacción más saludables, pueden reconocer tanto sus afectos negativos, como los positivos hacia el padre y expresan ambivalencia, que suele evidenciarse como deseo de visitarlo por un lado y rechazo hostil a verlo por el otro, dada la comprensión de la existencia de una grave trasgresión. Se observó en algunos casos la evolución hacia un distanciamiento y desinterés con el tiempo, esto suele suceder a partir de edades de 7-8 años en que los niños se hallan en condiciones de comprender la reciprocidad de las interacciones; los más pequeños, aceptan más pasivamente las decisiones de las personas a cargo. Cuando la madre se alía al Vo, el grupo familiar entero puede involucrarse, excluyendo y agrediendo a la Va con la pretensión de continuar negando la realidad y promover la retractación del menor abusado. Esto genera la necesidad de retirar a la víctima del ambiente de convivencia, a través de acciones judiciales, las cuales son fundamentales. Cuando esto no se efectiviza en tiempo y forma adecuados, la Va puede negar sus dichos o bien no explicitar verbalmente la ocurrencia del AS, a fin de lograr la aceptación familiar. Esta transacción determina una evolución muy insatisfactoria. En estos casos el daño psíquico individual será mayor en el menor abusado, a partir de la serie de reproches,

amenazas, negaciones, establecimiento de subsistemas y alianzas intentando reestructurar la percepción y transformar a la víctima en victimario causante de la “destrucción familiar”.

Los medios de difusión, cuando informan en forma correcta, son de mucha ayuda para que la población tome conciencia de la existencia del Abuso Sexual, así como para facilitar que el mismo pueda prevenirse o bien develarse cuando persiste perpetuado por el secreto. Sin embargo, es fundamental que en forma paralela, los sistemas de asistencia en salud puedan dar respuesta a las demandas. El AS en menores requiere una intervención urgente e integral, puesto que la revelación es una instancia muy difícil y debe acompañarse de la asistencia correspondiente, que incluya el asesoramiento legal pertinente y el soporte social y económico. En relación a lo último, son comunes los casos en los que el victimario es a su vez el único que provee económicamente a la familia, por lo que la denuncia trae aparejadas entre otras, graves carencias en necesidades materiales esenciales. Cuando no existe la asistencia adecuada para permitir la resolución de los conflictos externos, intrafamiliares e intrapsíquicos, puede darse una revelación sin las medidas protectoras y resultar la continuidad de la ocurrencia de los abusos sexuales, con el agravante de la frustración por no poder hallar solución adecuada, lo cual reafirma la convicción de que la ayuda no es posible, ya no solo desde la familia, sino desde la sociedad toda y su sistema de protección.

1.5 Familia e Incesto. Aspectos Socioculturales

La mayoría de las definiciones de incesto se refieren a la incidencia de relaciones sexuales entre parientes carnales. Sin embargo las relaciones sexuales entre padrastro e hijastra o entre hermanastros son generalmente consideradas como incestuosas aunque no existan vínculos sanguíneos. Asimismo es difícil establecer en qué punto exactamente, deja de ser saludable un contacto físico entre hijos y padres o hermanos entre sí para pasar a convertirse en relaciones sexuales.

El incesto connota un contacto físico íntimo acompañado de excitación sexual consciente entre individuos de la misma unidad socializadora, sea o no tradicionalmente familiar o entre personas unidas por estrechos vínculos de sangre. Cabe destacar que la excitación sexual, en situaciones de abuso sexual a menores, es probable que en general solo se produzca por parte del victimario.

Las características del incesto hacen que la trasgresión del tabú sea de difícil detección en general. Las conductas incestuosas son más fáciles de reconocer en las familias

de niveles socioeconómicos inferiores, que acceden a los servicios públicos de atención, con menores posibilidades de ocultamiento

El incesto ha sido descrito prácticamente en todas las culturas y períodos históricos. Algunas de sus formas han sido permitidas o al menos tácitamente aceptadas en algunas familias reales como en Egipto, Grecia, Perú y Japón y quizás en algunas familias dirigentes de la Europa medieval. Es considerado tabú por la mayoría de las sociedades primitivas, **condenado desde las religiones y considerado una ofensa desde lo legal**, constituyendo un agravante del abuso sexual.

Tema recurrente en la literatura y la mitología de muchas civilizaciones; entre los griegos, Zeus declara haber asesinado a su padre Urano, se casa con su madre Hera engendrando con ella una familia de dioses menores. En el Antiguo Testamento, los dos ejemplos más llamativos de incesto entre padre e hija son los de las hijas de Lot, en las que el incesto se produce tras la muerte de la madre y el de Salomé, en que el padrastro incestuoso es además el tío de la joven. En el Levítico existe un capítulo entero, que revisa las leyes de Dios en lo que hace referencia a las relaciones sexuales y a la integridad de la vida familiar. Sófocles cuenta de forma literaria en *Edipo Rey*, el trágico matrimonio de Edipo con su madre Yocasta, invoca el concepto de la maldición original muy ligada a la noción de pecado que han de pagar las sucesivas generaciones. En el mito de Electra, ésta incita a su hermano Orestes para que venga la muerte de su padre Agamenón, ocasionada por su esposa Clitemnestra. En las tragedias de Eurípides y Sófocles, Electra aparece odiando Clitemnestra y según Eurípides, se vio anonadada por la culpa cuando se transformó en amante de su hermano Orestes, luego que éste mató a su madre. De acuerdo con la obra *Hipólito* de Eurípides, el término complejo de Fedra puede usarse para hacer referencia a cualquier tipo de atracción física entre padrastros e hijastros.

Según Alfredo Vara, los guaraníes entre los pueblos originarios de Sudamérica, que habitan al norte de nuestro país, relatan que la primera tierra fue destruida por la cólera de Namandú, quien no toleró la conducta indecorosa de sus primeros hijos, los que pecaban preferentemente de incesto: la “unión nefanda” entre parientes, que destruía el orden social parental. Ello les valió un diluvio que acabó con la primera morada y sus almas fueron convertidas en animales. Posteriormente al crear la segunda tierra, Namandú envió a su hijo Tupá, dios de la moderación, siendo Kuarahy el héroe cultural modelo de conducta de todo guaraní, gestado por un dios en el vientre de una niña púber sin unión sexual; su enemigo es el “Aña” (jaguar-demonio), frecuentemente identificado con el blanco u otros enemigos. El antiguo pueblo de los ñaña devoró a la madre de Kuarahy y este se vengó destruyéndolos; la

única sobreviviente procreó incestuosamente con su hijo y éste fue el causante e inspirador de toda cosa dañina, destructiva y peligrosa existente en esta tierra: desde la palmera con espina y los mosquitos, hasta la persistencia de la conducta incestuosa y la locura (79).

Brecher E. cita estudios de diversos investigadores sobre el incesto, como Kardiner (1939) quien analizó datos procedentes de varios grupos culturales, para perfilar la interacción de personalidad y cultura y observó que el conflicto edípico adopta diferentes formas, según la naturaleza de las instituciones sociales fundamentales de cada cultura en particular. La naturaleza y rigidez del tabú del incesto, variaba de cultura a cultura y sólo las relaciones materno filiales estaban prohibidas de modo universal. En la antigua civilización egipcia, el matrimonio entre hermano y hermana no era raro y el incesto no se definía de un modo estricto, ya que nada solía oponerse a las relaciones entre medios hermanos del mismo padre, pero se prohibían si tenían la misma madre. Existían grupos que permitían el matrimonio entre primos carnales, otros lo permitían solo entre primos segundos y algunos grupos solamente entre parientes realmente lejanos. Wolf (1968) describió familias chinas que adoptaban y educaban a niñas quienes eran socializadas en el mismo grupo familiar del futuro esposo, hasta el momento del matrimonio, asegurando de esta manera la lealtad de sus nueras. Mientras Fox (1962) al revisar los hallazgos transculturales, enumeró distintas características de las instituciones que rodean a la familia y que influyen sobre la intensidad con que es vivido el tabú del incesto, como la descendencia matrilineal en oposición a la patrilineal o bilateral, el grado de oportunidad, el valor asignado a la virginidad femenina, las costumbres imperantes en relación con los hijos ilegítimos, la edad en que suele establecerse el matrimonio y el tipo de relación de los niños con los adultos. Según Brecher E., los aportes de Fox son compatibles con la explicación de que la actividad exploratoria sexual entre hermanos, va asociada a una saludable y desinhibida orientación heterosexual no incestuosa en la vida adulta, con menos necesidades de recurrir a la actividad incestuosa “prohibida”, que estaría determinada por otra serie de complejos factores. Fox sostiene en ese sentido que “la intensidad de la atracción heterosexual entre los hermanos cosocializados tras la pubertad, es inversamente proporcional a la intensidad de las actividades heterosexuales que han mantenido entre ellos antes de la pubertad”, ofreciendo una explicación de tipo conductista. El mismo Fox proporcionó datos referidos a diversos grupos originarios norteamericanos. Los Tobriands matrilineales se muestran obsesionados con el problema del incesto entre hermanos y su difusión pública, lo que a veces los conduce al suicidio; mientras los Arapesh montañoses son patrilineales y los niños disponen de una completa libertad de interacción sexual, siendo indiferentes al incesto. Dentro de los

Tikopia, también patrilineales, la situación es más complicada, pues los casos de incesto son considerados como “egodistónicos” y como una pasión momentánea o como un engaño de los espíritus; la virginidad es extraordinariamente valorada y la supuesta sanción del incesto es el suicidio. Entre los Apaches Chiricahuas, la descendencia es bilateral, la evitación del juego sexual es estrictamente inculcada a los hermanos, la rigurosa contención de la actividad incestuosa a veces conduce a los infractores al suicidio, para evitar la exposición al castigo social.

Desde un punto de vista antropológico, para Debreuil el incesto era raro en las culturas originarias y como ocurre con otras conductas especiales, suponía una ofensa entre las clases bajas y un privilegio de libertad entre las elevadas. Así como el homicidio impune podría dinamitar la estructura social, el incesto se considera por las mismas razones, antisocial y destructivo. Pese a esto, tanto el incesto como el homicidio se han institucionalizado y legitimado en función de supuestos beneficios para la organización social (10).

Múltiples causas concurren en la observación clínica del incesto; Freud en *Tótem y Tabú* hace un exhaustivo análisis, invocando el concepto de la horda primitiva, sostiene la hipótesis de que en tal horda los hombres más jóvenes se agruparon y mataron al padre violento y celoso, que reservaba para sí todas las hembras. A continuación la lucha y rivalidad entre los jóvenes “hermanos”, condujo a la ruinoso destrucción de toda la organización social. De su ambivalencia nació la conciencia de la culpabilidad, que engendró los dos tabúes fundamentales del totemismo, los cuales tenían que coincidir con los deseos reprimidos del Complejo de Edipo (30). Se implantó así la prohibición del incesto, móvil principal del parricidio, previniendo de ese modo la rivalidad y la consiguiente desorganización social. Todos han de renunciar al menos a una mujer (la madre) y con ello surge el padre como función simbólica con el sentido del establecimiento de una ley, diferenciándose del funcionamiento a capricho del macho más fuerte.

Los múltiples estudios antropológicos y sociológicos han aportado al análisis de la determinación cultural del tabú del incesto, como a la consecuente facilitación de la socialización que este produce, al obligar a elegir objetos amorosos fuera de la familia nuclear.

Los factores biológicos pueden desempeñar también su papel en la determinación del tabú del incesto. Un grupo humano que practicara el mismo de modo sistemático, acabaría en desventaja con respecto a los grupos abiertos al exterior. Algunos estudios demostraron una mayor posibilidad de expresión de algunas enfermedades en los hijos de

uniones incestuosas. Dodelson de Kremer R (Premio Reina Sofía de España 1993), demostró la altísima prevalencia en Traslasierra, Córdoba, Argentina, de la Enfermedad de Shandhoff, un desorden genético neurodegenerativo vinculado a la endogamia propia de esta zona de la provincia. Los grupos humanos que mantienen la exogamia serían favorecidos en la selección del más apto en la supervivencia.

Lusting y cols. (1966), citados por Brecher E., considerando el incesto en un marco transaccional, sugieren que esta conducta es una transacción que sirve como defensa para proteger y mantener la estructura disfuncional de la familia. Según los autores, el incesto como relación no institucionalizada, reduce las tensiones familiares al evitar la confrontación de los conflictos subyacentes. En este sentido el incesto padre-hija sirve de alivio parcial de las necesidades pregenitales de dependencia de los padres, evita los sentimientos de insuficiencia sexual, es un mecanismo de venganza contra la madre, es una estratagema para reducir la angustia de separación y supone una ayuda para preservar las apariencias de los roles de cada integrante. El papel reversible entre madre e hija constituye una solución idiosincrásica a las tensiones de una familia disfuncional, demasiado alterada para recurrir a los patrones aceptados culturalmente. Los padres definen a la hija como un objeto maternal, desplazando hacia ella sus respectivas fantasías maternas y sexuales. Algunas madres con homosexualidad latente son capaces de gratificar alternativamente sus introyecciones femeninas identificándose con la pareja-hija. Si el padre sirve a la vez como vehículo de los impulsos homosexuales inconscientes de la madre con respecto a la hija, aquella puede disfrutar simultáneamente del papel del padre en la relación incestuosa. La vulnerabilidad del Yo y su regresión es una condición necesaria para que se dé este fenómeno. Lusting y col. definieron cinco condiciones para que una familia disfuncional viole el tabú del incesto: 1) instauración de la hija como figura femenina central desplazando a la madre 2) cierto grado de incompatibilidad sexual entre los padres, con tensiones sexuales no liberadas en el padre 3) imposibilidad del padre para buscar una pareja fuera de la familia nuclear, puesto que necesita mantener una fachada pública de patriarca estable y competente 4) miedo a la desintegración familiar y al abandono 5) aceptación tácita de la madre no participante, que absuelve y secunda como cómplice la asunción del papel sexual de la hija con respecto al padre. Los factores sociológicos asociados al quebrantamiento del tabú del incesto serían el hacinamiento con proximidad física, el alcoholismo, el aislamiento geográfico con imposibilidad de contacto emocional extrafamiliar (incesto facultativo). Plantean que no hay claridad, respecto a si el tipo de familia nuclear fortalecería el tabú o lo debilitaría, en relación a las familias con abundantes

parientes convivientes. La edad de los miembros parece ser variable importante, las enfermedades mentales así como la deficiencia intelectual y la inferioridad constitucional, pueden desempeñar su papel en algunos casos de incesto (10).

1.6 Los Medios de Difusión Masiva y Abuso Sexual

Los medios de difusión masiva, particularmente la televisión e Internet, han tornado posible una modalidad de acceso por imágenes al conocimiento en temas sexuales, lo cual tiene innegables aspectos positivos. Sin embargo el modo de utilización actual de dichos medios, vinculado a las relaciones socioeconómicas a nivel mundial, repercute negativamente en los núcleos básicos de los diversos tipos de familia, los que evidencian su desprotección e impotencia, ante hechos que no pueden modificarse con esfuerzos puramente individuales

En los últimos años se pudo detectar desde la práctica clínica, que muchos niños antes de la pubertad, tenían un grado de conocimiento no recomendable en relación a escenas de prácticas sexuales a las que habían accedido a través de imágenes de Internet, de la televisión o de videos. Debido a ello, la repercusión psíquica en los niños, mostró marcadas diferencias respecto a épocas en las que no se tenía acceso a dichas imágenes. Las citadas escenas de actividad sexual, tenían connotación pornográfica, sin posibilidades de ser comprendidas, valoradas en su justa medida e integradas en forma armónica; en algunos casos los niños pudieron dibujar y también relatar sensaciones vividas en relación a la observación (Ver gráficos en Anexo).

Cabe suponer que existe la posibilidad de que las escenas observadas, provoquen la excitación y promuevan conductas de actuación, constituyendo una fuente de hiperestimulación inadecuada abusiva en sí misma, a la que la generalidad de los niños está expuesta. Esto complejiza la detección de experiencias personales reales de abuso. Se ha hallado que a través de Internet, se implementan diversas modalidades para lograr contactar a niños con fines abusivos. Existen estudios que alertan sobre la necesidad de investigación e implementación de medidas de protección en relación a ello (56).

1.7 Delitos Sexuales en la Legislación Argentina

La legislación nacional prevé, en el Código Penal, todo un título dedicado a los delitos contra la integridad sexual, denominados antes contra la honestidad. Este cambio de

rúbrica, así como de contenido de estos tipos penales, se debe a la última reforma integral incorporada por ley 25.087. La nueva rúbrica responde a que se piensa que las acciones que implican agresiones sexuales no están dirigidas contra el honor o la honestidad de las víctimas, sino contra su integridad y dignidad como personas. El contenido del título, se vincula con el trato sexual entre los seres humanos, y está compuesto por **delitos que atentan contra la reserva sexual**: Abuso sexual, art. 119 1º párrafo y su agravante del 5º párrafo del mismo artículo; AS que implique un sometimiento gravemente ultrajante para la víctima, por su duración o por las circunstancias de su consumación, art. 119 2º párrafo; AS con acceso carnal art. 119 3º párrafo, con sus circunstancias agravantes (119, 4º párrafo). AS con aprovechamiento de la inmadurez de la víctima art. 120, agravante por el resultado del 124; Rapto, art. 130, en sus tres modalidades. **Delitos contra la normalidad y rectitud del trato sexual de menores de 18 años**, arts. 125 y 125 bis: Promoción y facilitación de la corrupción y de la prostitución de menores de 18 y de 13 años con sus correspondientes agravantes del 2º párrafo de ambos artículos, y proxenetismo art. 126. **Delitos contra la moralidad sexual**, Rufianería art.127, trata de personas menores de 18 para que ejerzan la prostitución, con las agravantes respectivas art.127 bis y de mayores de esa edad art.127 ter. Producción, publicación y distribución de imágenes pornográficas, art. 128 1º y 2º párrafos, facilitación del acceso de menores de 14 años a espectáculos pornográficos y suministro de material de ese carácter a los mismos, art. 128 3º párrafo. Exhibiciones obscenas, art. 129. Por último, **disposiciones comunes** arts. 132 y 133, referentes a la posibilidad de avenimiento entre víctima y victimario y a la extensión de la responsabilidad penal a familiares y personas cercanas en general que hayan cooperado en la comisión de los ilícitos contenidos en este título (14).

1.8 Hipótesis

En el abuso sexual en menores se afectan áreas de funcionamiento psíquico y se presentan diferentes expresiones psicopatológicas, de mayor severidad cuando es incestuoso que cuando no es incestuoso. En este último existirían diferencias en relación a la perpetuación del abuso.

1.9 Objetivos

- Establecer la existencia y tipo de expresiones psicopatológicas y valorar áreas de funcionamiento afectadas, en los casos de abuso sexual incestuoso.

- Establecer la existencia y tipo de expresiones psicopatológicas y valorar áreas de funcionamiento afectadas, en los casos de abuso sexual no incestuoso con y sin perpetuación
- Analizar las diferencias halladas en las expresiones psicopatológicas y en áreas de funcionamiento afectadas.
- Realizar aportes desde la realidad asistencial propia de nuestra sociedad y cultura, a los distintos niveles preventivos en áreas de Salud, así como en Educación y Justicia.

CAPITULO 2

SUJETOS Y METODOS

2.1 Definiciones

Juego y conductas Sexuales exploratorias: Experiencias propias del normal desarrollo de la sexualidad, consistentes en actividades con el propio cuerpo y/o interacciones de índole sexual entre menores de 16 años de edad y con una diferencia habitualmente no superior a 5 años entre las partes intervinientes; además de la edad, para su categorización se valoraron la existencia de variables lúdicas relacionadas con el placer, la satisfacción de necesidades básicas correspondientes al período evolutivo y la ausencia de elementos relacionados a compulsión, coerción y/o sufrimiento.

Abuso Sexual en menores: participación de menores de edad en actos sexuales con el propósito de gratificación de otra persona mayor de 16 años, generalmente un adulto, o menor con una diferencia habitualmente superior a 5 años entre las partes intervinientes. Involucra cualquier modalidad sensorial, que dado el desarrollo evolutivo natural, dichos menores no se hallan en condiciones de comprender en su real dimensión, por ende discriminar, consentir o rechazar.

Abuso Sexual Emocional: Sometimiento coercitivo intencional o circunstancial a la visualización u otra forma de acceso por el cual el menor percibe directamente una forma abusiva sexual de cualquier orden, sin compromiso físico propio directo en el acto. Es de gravedad cuando ocurre entre personas allegadas y de consideración variada según el grado de relación con el abusado. Incluye la desprotección frente a las formas audio-visuales pornográficas en los medios de difusión masiva.

Incesto: Tipo particular de atentado sexual que responde al derrumbamiento de un tabú que se encuentra en casi todas las sociedades. Connota un contacto físico íntimo acompañado de excitación sexual consciente, entre individuos de la misma unidad socializadora, sea o no tradicionalmente familiar o entre personas unidas por estrechos vínculos de sangre (18) (33). Se consideró incesto a casos con victimarios cuyo parentesco por consanguinidad fue de primero, segundo y tercer grado e incluyó a padres, hermanos, medio-hermanos, tíos y abuelos; además parentescos por afinidad de primero y segundo grado incluyendo padrastros, padres adoptivos y abuelastros, todos ellos con rol protector. Nota: la relación incestuosa que involucra a un menor de edad, lleva implícita la existencia de abuso sexual. En los casos de AS entre menores tales como los que involucran a

hermanos, se halla particularmente en cuestión la madurez psicológica y la relación de poder: influyendo, la diferencia de edad entre la Va y el Vo, aunque supeditada a la conducta manifiesta del agresor (el uso de fuerza, presión, engaño, soborno, seducción, manipulación y coacción). La excitación sexual conciente existiría en por lo menos uno de los participantes.

Conductas sexualizadas: son actividades indicadoras de exaltación sexual no correspondiente a la edad por su tipo, intensidad y o frecuencia. Incluye conductas autoeróticas como la masturbación, la repetición de actos que imitan una relación sexual y conductas de similares características, prácticas orales u otras, para con otros niños de ambos sexos; asimismo intentos de interacciones del niño con adultos, que incluyen tocamientos de la zona genital, besos en la boca etc. Estas conductas se consideraron reexperimentación del hecho traumático criterio B - 3 DSM IV- pudiéndose manifestar como parte de los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático o como expresión aparentemente única del proceso de elaboración de un hecho conflictivo. Ante la presencia de estas conductas es imprescindible descartar la masturbación como síntoma de otros conflictos, no correspondientes a abuso sexual; también debe considerarse la posibilidad de juegos y conductas exploratorias propias del desarrollo evolutivo.

Reacciones especiales: Modos de comunicación consistentes en conductas particulares que se manifiestan cuando hay otros indicadores de posibilidad, probabilidad o certeza de abuso. Se expresan como reacción puntual ante la referencia al tema específico sexual reflejando la existencia de conflicto. Sus características son de clara inhibición y /o ansiedad. El menor puede o no haber comunicado verbalmente la experiencia en forma previa. Dentro de estas conductas se denominó a) *Reacciones Múticas*, a las respuestas de silencio selectivas, ante el tema específico relacionado a experiencia de tipo sexual (siendo aplicables los criterios diagnósticos correspondientes a mutismo selectivo, o bien al Trastorno por Estrés Postraumático según el DSM- IV); b) *Reacciones Evitativas*, a las respuestas en que en forma evidente, el niño actúa como si no hubiera escuchado la pregunta directa, relacionada al tema específico de experiencia de tipo sexual, (puede formar parte de los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático según el DSM-IV) y c) *Reacciones de Negación*, consistentes en respuestas en las que el niño niega en forma verbal o corporal, haber vivido alguna experiencia de tipo sexual.

Estos modos de comunicación podrían ser expresión de mecanismos disociativos tempranos. Es de fundamental importancia diferenciarlos de los mecanismos adaptativos de

evitación y negación, en niños que han comunicado la experiencia traumática y se hallan en un proceso de elaboración del hecho propio de la edad, habiéndose tomado las medidas terapéuticas y de protección correspondientes.

Reiteración del abuso sexual: Ocurrencia del abuso más de una vez, en un único momento o en momentos distintos dentro del lapso de una semana, periodo en el cual se toma conocimiento y las medidas de protección adecuadas que impiden la perpetuación. Se consideró un tiempo límite de una semana, dado que la observación del comportamiento infantil, muestra que en general cuando suceden hechos diferentes de los cotidianos, los niños en forma inmediata cuentan, informan, piden ayuda a la persona en la que confían y de la que esperan ser protegidos. Se valoró que influidos por el trauma, bajo amenaza o por pedidos seductores o alguna circunstancia especial, puede dilatarse en algunos días la reacción de solicitud de intervención del adulto confiable. Más allá de este tiempo se estimó instalado el secreto.

Perpetuación del abuso sexual: Reiteración de episodios de abuso en diferentes ocasiones, en un lapso mayor a una semana, con ocultamiento por parte de la Va a partir del primer episodio, con ocultamiento compartido con un tercero, o bien con develación (sea por relato de la Va o descubrimiento por un tercero), sin que se tomen medidas protectoras en el medio que impidan la continuidad del abuso sexual.

Secreto: Ocultamiento de tipo intencional, concerniente a informaciones importantes para quien es mantenido en ignorancia o al margen.

Secretos internos al menos dos personas de la familia lo conocen, con la situación peculiar cuando el hijo comparte el secreto con un solo padre, lo que determina un serio conflicto de lealtades.

Secretos compartidos se trata de un secreto solo hacia el afuera (71).

En los menores por cuya edad o problema especial no es posible la comunicación del hecho, se consideró como existencia de ocultamiento, la no detección por parte de los cuidadores.

Familia: Grupo primario por excelencia, matriz de identidad en el que el individuo adquiere la relación con el otro, su diferenciación a través de la misma, formas de reacción afectiva y normas; los miembros se hallan ligados por lazos íntimos emocionales. Son

grupos “cara a cara”, la solidaridad en ellos es inconsciente y está basada sobre todo en los sentimientos, su expresión más adecuada está dada por el sentimiento del “nosotros”, fundamental en la formación de la naturaleza social y de los ideales del individuo, ofrece al mismo sus primeras experiencias de la unidad social, expresando raíces universales y diferencias culturales (73) (54).

Familia o Grupo Familiar de Convivencia según la estructura formal:

Familia Nuclear: grupo conformado por padre y madre biológicos o adoptivos con sus hijos biológicos o adoptivos.

Familia Nuclear Ampliada: grupo conformado por la familia nuclear con otros integrantes agregados, familiares o extrafamiliares.

Familia Nuclear Modificada: grupo conformado por la pareja parental constituida por miembros que tienen una o más uniones previas y los hijos de uno de los integrantes de dicha pareja, generalmente la madre. Es nuclear modificada reducida si no se halla el total de esos hijos.

Familia Nuclear Modificada y Ensamblada: grupo conformado por la pareja parental constituida por miembros que tienen una o más uniones previas, sumándose los hijos de parejas anteriores de ambos y en algunos casos también los propios de la unión actual.

Familia No Nuclear Reducida: grupo monoparental con sus hijos o menores a cargo

Familia No Nuclear Ampliada: grupo monoparental con hijos o menores a cargo y otros integrantes de la familia extensa o extrafamiliares.

Familia No Categorizable: grupo en el que la conformación cambia muy rápidamente y en forma constante, no pudiendo detectarse una estructura que pueda considerarse permanente.

Hacinamiento: Cuando conviven más de 4 personas por habitación.

2.2 Población y Muestra

Sobre una población total de 479 consultas por niños con posibilidad de haber sido abusados sexualmente, se analizó una muestra de 140 casos con diagnóstico de AS a partir de la existencia de indicadores de probabilidad y/o certeza de AS cuya edad cronológica comprendió entre 1 mes y 19 años, asistidos en un período comprendido entre abril de 1989 y Abril de 1998 por el Equipo de Asistencia de Urgencia Interdisciplinaria del Comité de

Abuso Sexual del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba Argentina (CAS) (55)(Anexo). Se brindó una atención integral a la víctima y su familia, a partir de la aplicación de una Metodología interdisciplinaria mediante protocolo de trabajo elaborado a tal fin. Dicho equipo fue de referencia en el tema, con profesionales entrenados específicamente en el diagnóstico y asistencia, que funcionó en un hospital de alta complejidad, por lo que recibía especial derivación del ámbito judicial, asimismo de los diversos niveles asistenciales, de otros hospitales y de equipos de atención comunitaria de la ciudad de Córdoba, del interior de la Provincia de Córdoba y de otras Provincias del área de influencia; las consultas provinieron en su mayoría de clases populares de bajos ingresos, aunque también en menor número desde diversos niveles sociales, dada la característica citada de referente en la temática en relación a menores de edad.

En la muestra se observó como criterio de inclusión, aquellos pacientes en los que se pudo determinar la probabilidad de AS en grados III y IV, la certeza de conocimiento del tipo de relación entre la víctima y el victimario, la existencia de un único victimario, así como un registro de datos suficientes para caracterizar el tipo de funcionamiento psíquico individual de la víctima. Fueron excluidos 225 casos dentro de los grados I y II, de los 254 restantes, se excluyeron 114 casos, de los cuales en 35 no se pudo identificar al victimario por el ocultamiento mantenido o por hallarse institucionalizados los menores, en circunstancias que no posibilitaron obtener datos de historia de vida ciertos, 28 casos en los que existieron victimarios múltiples, 22 casos que requirieron solo de examen físico siendo asistidos en otra Institución o Servicio y 29 casos por falta de asistencia a las consultas subsiguientes, no lográndose un estudio y registro adecuados. Estas dos últimas situaciones no permitieron establecer el funcionamiento psíquico en forma correspondiente para su inclusión.

2.3 Modelo de Abordaje Asistencial del Paciente

Los datos se obtuvieron del Protocolo Interdisciplinario que abarcó las áreas de Pediatría general, Ginecología infantojuvenil, Psiquiatría infantojuvenil, Psicología y Asistencia Social e incluyó:

- Admisión por personal de enfermería especializado.
- Obtención de un consentimiento informado a partir de la comunicación al paciente y su representante legal, acerca de los procedimientos a realizar, con especial referencia al registro y documentación de los datos, como así también de las

implicancias legales derivadas. Se consideró la confidencialidad de los datos conforme a las leyes vigentes.

- Elaboración de una Historia Clínica específica con integración de las diferentes áreas, haciendo énfasis en la obtención por el profesional actuante, del relato directo del hecho traumático por parte de la víctima y/o personas vinculadas.

- Realización de los siguientes procedimientos:

Examen Físico con descripción pormenorizada de los síntomas y signos clínicos observados, recolección y preservación de muestras con fines diagnósticos y de orden legal pertinente.

Abordaje psiquiátrico-psicológico y de asistencia social.

Si bien la asistencia se planificó en forma sistematizada, el abordaje inicial de cada caso en particular se efectuó con flexibilidad, contemplando un diferente orden de prioridades para las acciones a desarrollar: psicoterapéuticas o médicas asistenciales derivadas de la emergencia orgánica.

El examen se realizó en un espacio físico apropiado, previa explicación al paciente sobre los procedimientos a efectuar, tarea desarrollada conjuntamente por el profesional actuante y un personal de enfermería especializado.

La intervención médica se inició con un examen somático general que derivó en acciones específicas según procediera, a partir de la evaluación de los diferentes síntomas y signos. Se contempló la obtención de muestras biológicas, preservación de elementos considerados necesarios para evaluación forense, pesquisa de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y diagnóstico de embarazo.

Para diseñar estrategias de abordaje con el menor involucrado y los adultos responsables en la evaluación diagnóstica en Salud Mental, se consideraron diferencias correspondientes a la edad cronológica, la existencia de problemas especiales que influyeran en la modalidad de comunicación, el estado de afectación psíquica del paciente y su relación con el probable victimario (87) (21) (18) (33).

En la anamnesis efectuada a los adultos se indagaron aspectos referidos al hecho traumático y a expresiones psicopatológicas previas, concomitantes o posteriores al posible abuso sexual en el niño y su entorno familiar. Se consideraron además los antecedentes de la historia de vida del menor, su desarrollo evolutivo y características del funcionamiento familiar. Se realizaron entrevistas diagnósticas familiares en situaciones especiales, aplicando las técnicas desarrolladas por Anny Speier (75).

El diagnóstico psicopatológico del paciente, se inició con una Entrevista verbal y Hora de juego, en forma diferenciada o simultánea, privilegiando el establecimiento de la relación psicoterapéutica (65). La entrevista, de características psicodinámicas y semiestructuradas, fue semidirigida o dirigida según los casos, desarrollándose en un ambiente adecuado. Para el juego y la expresión plástica se utilizaron elementos facilitadores de la comunicación verbal y no verbal. Se incluyeron específicamente una familia de muñecos, juguetes para actividades del hogar y los relacionados con tratamientos médicos entre otros. El material para la expresión plástica consistió en papeles, lápices, adhesivos de colores, témperas, acuarelas, tijeras y plastilina para modelar.

La modalidad de abordaje estuvo orientada prioritariamente a evaluar características del funcionamiento psíquico del menor en las diversas áreas de expresión de su personalidad, detectar cuadros psicopatológicos y obtener a través de las diferentes formas de comunicación, indicadores de la posible ocurrencia del hecho traumático (64). Con este objetivo se privilegió la primera entrevista diagnóstica por considerar que las expresiones del niño estarían menos influenciadas por el devenir de acciones posteriores.

Las intervenciones del psicoterapeuta, evitaron la inducción de respuestas y agregar elementos que pudieran incrementar el trauma psíquico existente, reforzando la importancia de la ruptura del secreto, con fines diagnósticos y terapéuticos.

Se efectuó un ordenamiento de los diferentes modos de comunicación que permitió construir una clasificación de los mismos, basada en estudios previos sobre simbolismos en la infancia (ver en anexo) (74).

Se utilizó una batería de Tests consistentes en Pruebas Proyectivas gráficas y verbales (Machover, HTP, Desiderativo, TAT o CAT). En casos con componente de organicidad o posible deficiencia mental, se aplicaron el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, y Pruebas psicométricas (Weschler, Wisc-para niños) (65) (48) (58) (5) (63) (88) (6) (82).

El proceso diagnóstico se continuó durante las estrategias psicoterapéuticas empleadas consistentes en psicoterapia individual, grupal o familiar y Grupos de Orientación Terapéutica para adultos relacionados.

Los Enfoques diagnósticos y terapéuticos utilizados fueron el Genético Dinámico Profundo de la Dra. Telma Reca y el Elaborativo-Dinámico-Interaccional de la Dra. Anny Speier para el abordaje familiar (64) (75).

El equipo interdisciplinario en su conjunto trabajó periódicamente como grupo operativo con una profesional psicóloga, para lograr un mejor funcionamiento laboral, dado

el impacto emocional que produce la problemática abordada; el objetivo estuvo centrado en el cuidado emocional de los integrantes, como en la optimización de la interacción y relaciones dentro del grupo y a nivel institucional (55).

2.4 Instrumentos de Diagnóstico. Clasificación Valoración y Evaluación

Para la evaluación del riesgo de morbilidad y del potencial patógeno en la organización psicopatológica actual del niño, se tomaron en consideración ejes de señalización, referidos a diversos modelos conceptuales: **Modelo Semiológico descriptivo** (reagrupación sindrónica) **Modelo Lesional** (lesión orgánica, factores de riesgo somáticos) **Modelo Ontogenético** (procesos de maduración y desarrollo, conceptos de madurez-inmadurez, armonía-disarmonía) **Modelo Analítico-Dinámico** (organización fantasmática, mecanismos de defensa) **Modelo Ambiental** (estructura familiar, factores socioeconómicos, factores culturales, factores de riesgo ambiental (49).

La mayoría de las clasificaciones nosográficas actuales, como el DSM IV o la reciente Clasificación francesa CFTMEA-R-2000 tienen en cuenta la dimensión multiaxial esencial en psicopatología.

La Internacional Classification of Impairments, Disabilitis and Handicaps distingue 3 grados de afectación: *Deterioro* (Impairment) “cualquier pérdida o anormalidad (disminución) de una estructura anatómica o función psicológica”; *Incapacidad* (Disability) “cualquier restricción o impedimento (resultante del deterioro) para ejecutar una actividad en la manera o dentro del rango que se consideraría normal para el ser humano” y el *Handicap* “cualquier desventaja para el individuo resultante del deterioro o de la incapacidad, que limita u obstaculiza la realización o rol que es normal para el individuo”.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV de la American Psychiatric Association ha introducido en la definición de muchos trastornos aunque no en todos, la existencia de “malestar o deterioro significativo en áreas importantes de la actividad del individuo”. La revisión de la literatura sobre niños y adultos demuestra que los instrumentos de medida del deterioro son escasos. En la infancia , tan solo se han desarrollado tres instrumentos estandarizados para evaluar el grado de deterioro que ocasiona la psicopatología en el niño, de los cuales la que más se ha utilizado y cuenta con más información, es la **Children’s Global Assessment Scale (CGAS)** derivada de la Global Assessment Scale de Adultos de Endicott et al; se creó como una medida unidimensional para sintetizar en una sola puntuación el nivel de funcionamiento más bajo

de niños y adolescentes de 4 a 16 años; se puede considerar que es una adaptación para estas edades. Es una Escala de 100 puntos para medir el funcionamiento psicológico, social y escolar de niños, constituye una herramienta válida y confiable para mensurar el nivel general de funcionamiento de un niño, en lo continuo de la salud a la enfermedad (24) (Ver Anexo).

El **DSM IV** desarrolla una clasificación categorial, que divide los trastornos mentales en diversos tipos, basándose en series de criterios con rasgos definitorios; cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (por ejemplo dolor), a una discapacidad (por ejemplo deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

La definición de *trastorno mental* requiere que haya deterioro o malestar clínicamente significativos, para subrayar la importancia de este hecho, las tablas de criterios de la mayoría de los trastornos incluyen un criterio de significación clínica: usualmente se dice "...causa malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto"; evaluar si este criterio se está cumpliendo especialmente en términos de actividad, constituye un juicio clínico intrínsecamente difícil, con frecuencia es preciso basarse en informaciones sobre la actividad del sujeto recabadas de la familia y de terceras personas además de las provenientes del individuo.

Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, el cual puede justificar el diagnóstico de un individuo a pesar de que sus signos y síntomas no cumplan todos los criterios diagnósticos.

Los códigos y términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE 10, décima revisión de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud* llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que permite codificar una gran parte de subtipos y especificaciones. Los Trastornos DSM IV están agrupados en 16 clases diagnósticas principales y una sección adicional denominada "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", entre los cuales se hallan los Problemas relacionados con el Abuso o la Negligencia, cuyo código T74.2 corresponde a Abuso Sexual del Niño. La primera sección está dedicada a "Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia". Esta división de la clasificación de acuerdo con la edad de presentación de un trastorno, sólo está planteada por razones de conveniencia y no es

absoluta, algunos sujetos diagnosticados con los trastornos que aparecen en esta sección, pueden no ser objeto de atención hasta la edad adulta. No es raro que la infancia o la adolescencia sean la edad de inicio de diferentes trastornos incluidos en otras secciones, por consiguiente puede necesitarse también de ellas. Se hallan incluidos 11 Apéndices entre ellos el Apéndice B, con Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, donde, entre una serie de proposiciones, se halla la **Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR)** que puede utilizarse para emitir un dictamen global de las relaciones familiares o de cualquier otro tipo de relación grupal, permitiendo al clínico calibrar el grado en que cada uno de los miembros reúne los requerimientos afectivos o instrumentales en las siguientes áreas: *resolución de problemas, organización, clima emocional*.

En la evaluación se utilizan 5 ejes: Eje I: Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica; Eje II Trastornos de Personalidad y Retraso mental; Eje III Enfermedades médicas (en este trabajo se citará solo el sistema o aparato afectado, a través de la letra correspondiente); Eje IV Problemas psicosociales y ambientales; Eje V Evaluación de la Actividad Global (se utilizará la escala adaptada a la edad) (21) (Ver Anexo).

La CFTMEA-R-2000 Clasificación Francesa de los Trastornos mentales del Niño y del Adolescente es una clasificación estadística biaxial, dotada de un glosario que precisa los criterios de inclusión y de exclusión; introduce consideraciones psicodinámicas y no sólo fenomenológicas o sintomáticas, que *dan cuenta de la estructura subjetiva del paciente*, se inscribe en una perspectiva pluridimensional, utilizable por todos los psiquiatras de niños y adolescentes. Ampliamente consensuada, está abierta a todas las corrientes científicas de nuestra profesión. Sin considerar que una clasificación pueda ser “neutral” u “objetiva” y por lo tanto, capaz de evitar divergencias teóricas, expresa la adherencia a una orientación psicoanalítica abierta a otros abordajes teóricos procedentes de múltiples direcciones y se hacen cargo de contribuciones aprobadas por otros modelos, como los resultantes de las neurociencias o del cognitivismo. Incorpora el Eje I Bebé (0 a 3 años) dados los desarrollos recientes de la Psiquiatría del bebé, que justifican crear una Sección específica. Incluye las correspondencias con la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud.

Está organizada en torno a dos ejes. El Eje I clasifica “Categorías clínicas de base” y el Eje II “Factores anteriores eventualmente etiológicos”, que se subdivide a su vez en dos secciones distintas, una para lesiones orgánicas y otra para condiciones ambientales.

A diferencia de lo que ocurre con el modelo presentado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales propuesto por la *American Psychiatric Association (DSM IV)* considera que el diagnóstico no puede apoyarse sólo en la clasificación de síntomas y conductas bajo la forma de elementos codificados, sino debe tener en cuenta las disposiciones estructurales del sujeto y sus posiciones subjetivas, en el marco de la dinámica establecida por las relaciones dialécticas con las personas que lo rodean, utilizando enfoques que permitan investigar las modalidades de funcionamiento mental del sujeto y de las cargas investidas en su relación con el entorno (12).

En esta investigación se utilizaron las dos clasificaciones, por considerar que se pueden obtener aportes útiles desde diferentes enfoques.

Dadas las características de la problemática, se tomó especialmente en consideración, el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático, utilizándose la **Posttraumatic Stress Symptoms for Children-Scale** original de Pynoos modificada por Abdulbaghi Ahmad, basada en los Criterios de TEP del DSM IV. Evalúa de 0 a 4 los criterios referidos a: A: Exposición a un acontecimiento traumático, B: Reexperimentación del acontecimiento traumático, C: Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general, D: Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) ausentes antes del trauma. Se establece a partir de esta evaluación, el grado de severidad dudoso, leve, moderado, severo y muy severo.

Con los datos obtenidos por un lado se caracterizó la población y por otro se valoraron aspectos psíquicos de los pacientes. Con este último fin se estableció *el diagnóstico* utilizando:

DSM IV (con códigos CIE 10) Ejes I, II, III, IV, V

CFTMEA-R-2000 Eje I, II, Eje I Bebé

Se evaluó *la afectación del funcionamiento de diversas áreas*: psicológica, social, escolar y relación del grupo familiar de convivencia (al momento del AS), estableciendo el grado de deterioro o incapacidad atribuible a la expresión psicopatológica detectada por medio de:

La Escala de evaluación de la Actividad Global (EEAG) Eje V (C- GAS)

La Escala de evaluación global de la Actividad Relacional (EEGAR)

Se evaluó en los casos correspondientes el grado de severidad del Trastorno por Estrés Postraumático según:

PTSS-C-Scale (Ver Anexo).

2.5 Diseño de Estudio y Métodos Estadísticos

El diseño de estudio es observacional analítico y retrospectivo.

Aborda diferentes grupos a fin de compararlos, con posibilidad del surgimiento de nuevas hipótesis.

Los resultados obtenidos para los objetivos planteados en el trabajo, fueron volcados a una planilla desarrollada a tal fin y entrados a un programa informático para su posterior análisis estadístico.

Las variables con que se ha trabajado son: la variable independiente Abuso Sexual en sus tipos incestuoso y no incestuoso, con y sin perpetuación en el último; el resto son variables intervinientes que tomaron la forma de indicadores, factores de riesgo o características a fin de explicar la variable de interés. Se caracterizaron los casos que constituyen la muestra, considerando aspectos generales y particulares del hecho y circunstancias que lo rodearon, así como diversos aspectos de la víctima, del victimario, familiares y sociales.

En cuanto a los métodos estadísticos, las variables cuantitativas (Ej. edad, escalas funcionales EEAG y EEGAR) fueron descritas en términos de media aritmética o promedio \pm desvío estándar y rango de valores mínimo - máximo. En algunos casos se recurrió a histograma de frecuencia para representar gráficamente la distribución de valores de una variable cuantitativa. El contraste de una variable cuantitativa entre dos grupos o series independientes se llevó a cabo con Test de Student a dos colas (test t), aplicándose en algunos casos ajuste de grados de libertad de acuerdo a resultado de una prueba de homogeneidad de varianzas (test de Levene).

Las variables cualitativas por su parte, fueron descritas en términos de frecuencia absoluta (n, número de casos) y relativa (% , porcentaje de casos), utilizándose frecuentemente gráficas de torta (sectores) para su representación. El contraste de variables cualitativas entre dos o más grupos independientes se llevó a cabo mediante prueba de Chi cuadrado (χ^2) de Pearson, aplicándose en algunas circunstancias una variante para análisis de “tendencia lineal de proporciones”. En algunos contrastes con un grado de libertad (tablas 2x2) la prueba de Chi cuadrado fue reemplazada con Test Exacto de Fisher (TEF), en relación a la existencia de valores esperados pequeños $o < 5$.

Se utilizaron medidas o estadísticos adicionales de asociación, tales como Odds Ratio (OR) o razón de ventajas, coeficientes Kappa y Phi. OR, acompañado de un intervalo de confianza 95% (IC95%), fue aplicado cuando se requirió medir una asociación entre dos

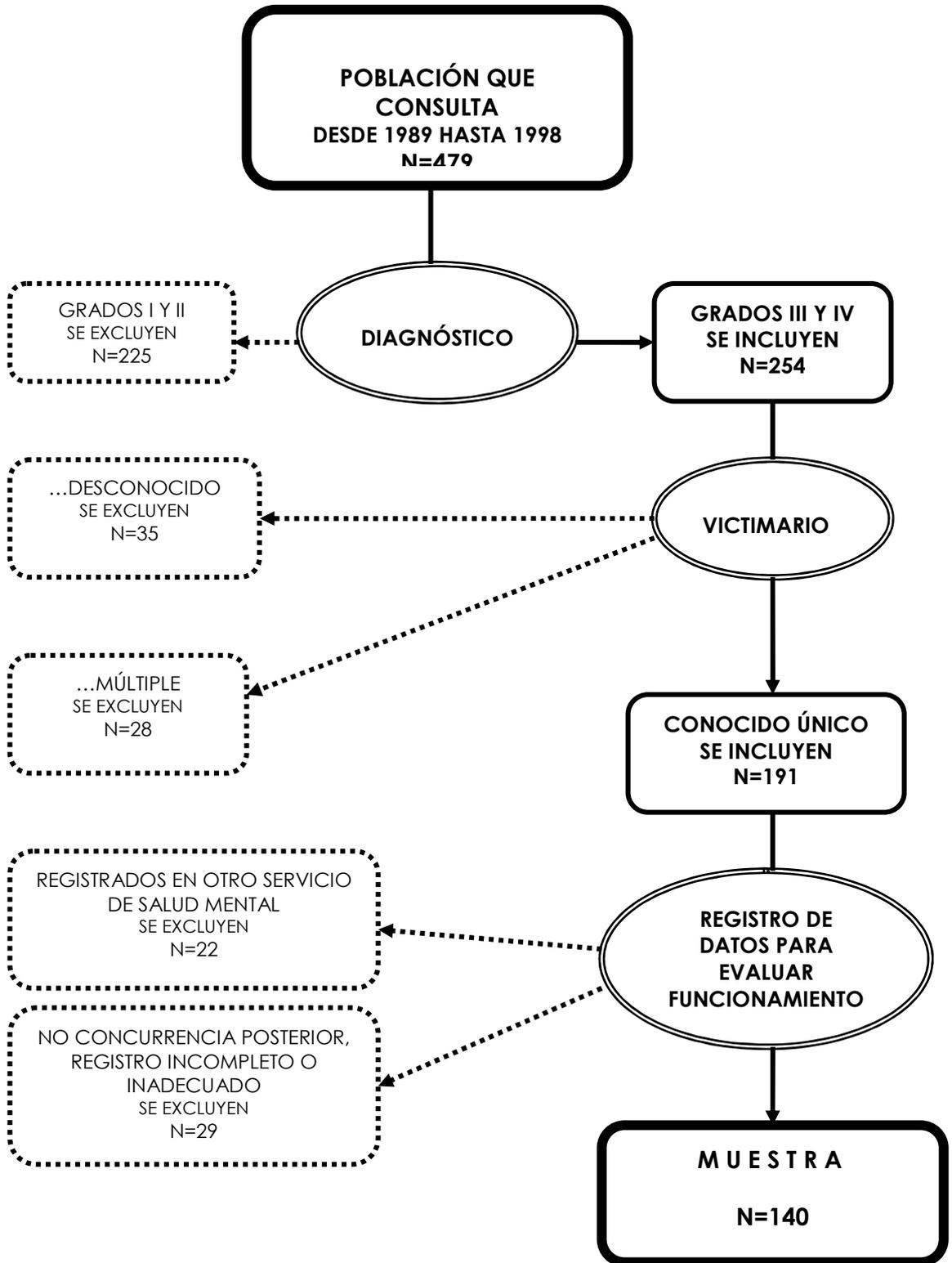
variables nominales y obtener una implicancia de riesgo. El coeficiente Kappa se aplicó cuando la intención fue establecer o conocer el grado de concordancia entre dos variables de calificación, en particular para describir la concordancia diagnóstica entre clasificaciones del DSM-IV y CFTMEA-R-2000. El coeficiente phi, es una medida de asociación basada en la prueba de Chi cuadrado, análoga al coeficiente de Pearson para variables cuantitativas, pero en este caso para medir correlación entre categorías de dos variables nominales.

Se estableció un valor alfa del 5% ($p < 0,05$) para declarar significación estadística.

El análisis estadístico se llevó a cabo con asistencia del programa estadístico SPSS®

11.5.

SECUENCIA DE MUESTREO



CAPÍTULO 3

RESULTADOS

A Primera Sección

3.1 Características de la muestra estudiada

3.1.1 Víctimas

Se describen 140 casos de abuso sexual (AS), con 118 víctimas de sexo femenino y 22 masculinas (figura 1), en el rango de 1,6-19,0 años de edad con promedio $8,8 \pm 4,0$ años; (figura 2). Las víctimas femeninas y masculinas no difirieron significativamente en cuanto a edad promedio ($8,8 \pm 4,1$ y $9,0 \pm 3,3$ años respectivamente; test t, $p = 0,872$).

Fueron predominantemente de sexo femenino, a razón de 5.4 mujeres por cada varón. En la tabla I se describen estas y otras características de las víctimas y su entorno; el tipo de familia a la cual pertenece la víctima se describe en la figura 3. El 67,1% de las veces se trató del primer o segundo hijo/a, el 71,4% de las veces tenía 3 o más hermanos convivientes. No se observaron diferencias significativas en relación al género de la víctima para ninguna de las características listadas en la tabla I (los datos discriminados no se muestran).

En el 45,4% de las víctimas se observó retraso escolar o abandono, en relación a ello los problemas escolares de aprendizaje y/o sociales fueron detectados frecuentemente (62,7%) (Tabla I). Se compararon las características generales y familiares de las víctimas, tomando en consideración si el AS fue o no incestuoso. Se observó una tendencia de mayor proporción de género femenino en relación al AS Incestuoso.

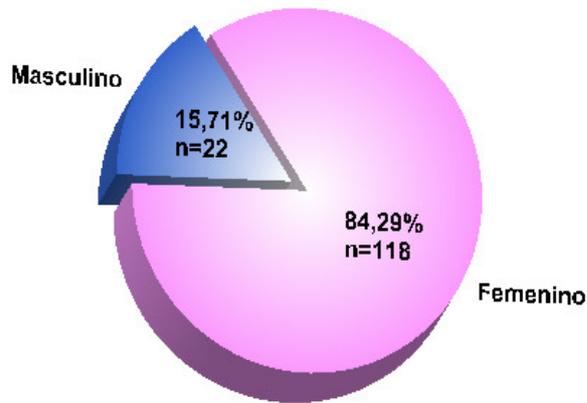


Figura 1.- Distribución de la muestra de acuerdo al género de la víctima (n = 140).

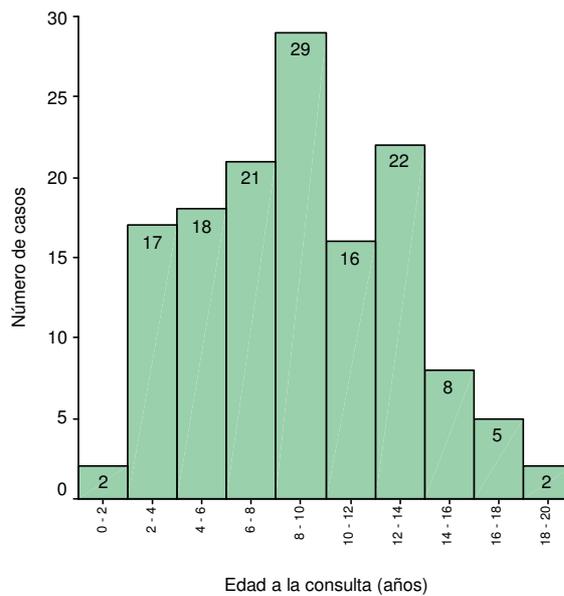


Figura 2.- Histograma de frecuencia de distribución de la muestra de acuerdo a edad al momento de la consulta (n = 140).

3.1.2 Grupo Familiar. Características del Entorno Familiar.

Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso

El 68,6% de las familias de las víctimas de nuestra serie se encuadró dentro de alguna variante de estructura nuclear (tabla I y figura 3) el 90,7% de las veces la madre biológica era conviviente, siendo las edades entre 30 y 39 años de edad, las de frecuencia

más alta (46,9%). El alcoholismo, el maltrato físico y la delincuencia se mostraron como factores relativamente frecuentes en el grupo de convivientes.

Se apreció diferencia significativa en relación a edad de la madre, siendo las madres en el AS Incestuoso en promedio 4 años de menor edad respecto a sus pares de AS No Incestuoso ($36,8 \pm 6,7$ y $32,7 \pm 8,1$ años respectivamente; test t, $p = 0,003$).

Si bien no se pudo apreciar diferencias comparando las grandes categorías de tipo de familia, se pudo detectar diferencias significativas dentro de la categoría de variantes de familia nuclear (Tabla II). El 74,4% de las familias de víctimas con victimario incestuoso fueron de algún tipo diferente a “nuclear propiamente dicha” contra el 51,6% de las familias de víctimas con victimario no incestuoso (x^2 , $p = 0,005$), por lo que la razón de chances de AS Incestuoso / No Incestuoso sería prácticamente de 3 a 1 en familias que no se ajustaron a un patrón nuclear estricto (OR 2.71 IC95% 1.33-5.53). Se observó asociación significativa de AS Incestuoso con algunas características adicionales del entorno familiar, tales como maltrato físico, delincuencia, conducta sexual de riesgo y otro hermano abusado (ver datos en Tabla I). La razón de posibilidades de AS Incestuoso / No Incestuoso resultaría casi 10 a 1 en el contexto de maltrato o violencia familiar (OR 9.45 IC95% 4.35-20.58), 10 a 1 si se observan conductas sexuales de riesgo dentro del grupo de convivientes (OR 10.15 IC95% 1.27-81.00), 6 a 1 si se tiene indicadores de delincuencia (OR 6.00 IC95% 1.29-28.00) y 5 a 1 si existe algún hermano víctima de AS (OR 4.93 IC95% 1.05-23.1).

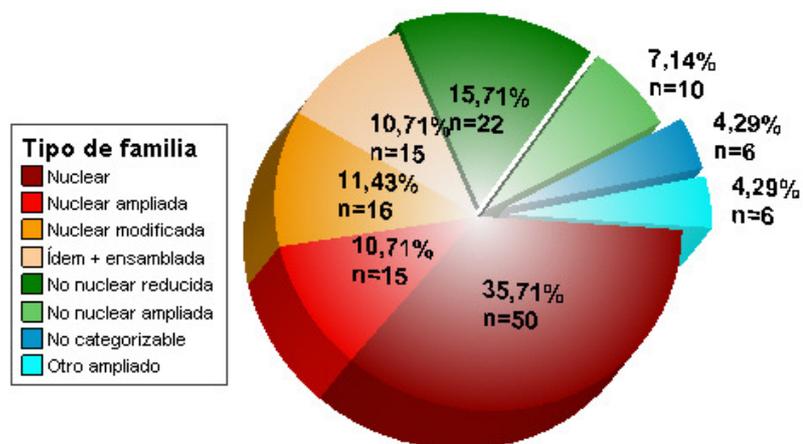


Figura 3.- Distribución de los pacientes de la muestra de acuerdo a tipo de familia a la que pertenece (n = 140).

Tabla I.- Distribución de frecuencia absoluta (n) y relativa (%) de la muestra de acuerdo a algunas características de la víctima y del entorno familiar; análisis comparado de dichas características en relación al abuso sexual incestuoso o no incestuoso.

Características	Muestra		AS	No	AS	P
	n	%	incestuoso n (%)	incestuoso n (%)	incestuoso n (%)	
Sexo						
Masculino	22	15,7	14 (22,6)	8 (10,3)		0,079
Femenino	118	84,3	48 (77,4)	70 (89,7)		
Edad a la consulta						
< 6 años	37	26,4	16 (25,8)	21 (26,9)		0,681
6-12 años	67	47,9	32 (51,6)	35 (44,9)		
> 12 años	36	25,7	14 (22,6)	22 (28,2)		
Tipo de familia						
Variantes de nuclear	96	68,6	45 (72,6)	51 (65,4)		0,601
No nuclear	32	22,9	13 (21,0)	19 (24,4)		
Otro	12	8,5	4 (6,5)	8 (10,3)		
Edad de la madre						
< 30 años	34	27,2	11 (19,6)	23 (33,3)		* 0,010
30-39 años	62	46,9	26 (46,4)	36 (52,2)		
≥ 40 años	29	23,2	19 (33,9)	10 (14,5)		
S/d, N/c	15	-----				
Número de hijo (víctima)						
Primero/a	56	40,0	22 (35,5)	34 (43,6)		0,634
Segundo/a	38	27,1	18 (29,0)	20 (25,6)		
Tercero/a	21	15,0	9 (14,5)	12 (15,4)		
Cuarto/a	16	11,4	7 (11,3)	9 (11,5)		
Quinto/a o posterior	9	6,4	6 (9,7)	3 (3,8)		
Cantidad de hermanos						
1-2	40	28,6	20 (32,3)	20 (25,6)		0,305
3-4	53	37,9	19 (30,6)	34 (43,6)		
5-6	34	24,3	15 (24,2)	19 (24,4)		
> 6	13	9,3	8 (12,9)	5 (6,4)		
Escolaridad						
Adecuado a la edad	54	50,0	25 (51,0)	29 (49,2)		0,624
Especial por discapacidad	5	4,6	2 (4,1)	3 (5,1)		
Retraso para la edad	43	39,8	21 (42,9)	22 (37,3)		
Jamás concurrió	2	1,9	0 (0,0)	2 (3,4)		
Abandonó estudios	4	3,7	1 (2,0)	3 (5,1)		
N/c	24	-----	-----	-----		
S/d	8	-----	-----	-----		
Problemas escolares						
No	38	37,3	21 (42,9)	17 (32,1)		0,113
Aprendizaje	15	14,7	5 (10,2)	10 (18,9)		
Social	4	3,9	0 (0,0)	4 (7,5)		
Ambos	45	44,1	23 (46,9)	22 (41,5)		
S/d, N/c	4	-----	-----	-----		
Otros datos presentes dentro del grupo de convivientes:						
Madre conviviente	127	90,7	56 (90,3)	71 (91,0)		0,887
Hacinamiento	25	17,9	9 (15,3)	16 (22,2)		0,313
Alcoholismo	62	44,3	24 (38,7)	39 (54,9)		0,062
Maltrato	80	57,1	18 (29,0)	62 (79,5)		< 0,001
Enf. Mental grave	10	7,1	2 (3,3)	8 (10,8)		0,096
Delincuencia	14	10,0	2 (3,2)	12 (16,7)		0,011
Drogadicción	4	2,9	0 (0,0)	4 (5,7)		** 0,122
Conducta sexual de riesgo	12	8,6	1 (1,6)	11 (14,5)		0,008
Otro hno./a víctima	13	9,3	2 (3,2)	11 (14,1)		0,028

Significación estadística (p) con prueba de Chi cuadrado de Pearson, excepto en contrastes indicados con * en que se utilizó ajuste para análisis de tendencia lineal de proporciones y con ** en que se aplicó Test Exacto de Fisher (TEF).

Tabla II - Distribución de las víctimas, sobre el total de muestra y desagregado por el tipo incestuoso o no de abuso sexual, de acuerdo a subtipos de la categoría de familia nuclear.

Subtipo de familia nuclear	Muestra		AS no incestuoso	AS incestuoso	P
	n	%	n (%)	n (%)	
Nuclear	50	52,1	30 (66,7)	20 (39,2)	0,001
Nuclear ampliada	15	15,6	8 (17,8)	7 (13,7)	
Nuclear modificada	16	16,7	4 (8,9)	12 (23,5)	
ídem anterior + ensamblada	15	15,6	3 (6,7)	12 (23,5)	

Significación estadística (p) con prueba de Chi cuadrado para tendencia lineal de proporciones.

3.1.3 Relación Víctima-Victimario

En 42 casos el victimario se trató de un “No Familiar” (NF), en 78 de un “Familiar Incestuoso” (FI) y en los restantes 20 de un “Familiar No Incestuoso” (FNI) (ver figura 4 y tabla IV). El AS por un NF conocido representó el 21,4% y por un extraño a la víctima el 8,6% del total de la muestra respectivamente (30% en conjunto). En el conjunto de los NF los victimarios conocidos representaron el 71,4% (ver Tabla IV). En el total de la muestra, el AS en que el victimario fue el padre de la víctima representó el 23,6%, el padrastro el 13,6% y el tío el 10,0%; dentro del grupo familiar incestuoso estos constituyen a su vez el 42,3%, 24,4% y 17,9%; o bien cuando el victimario se trató de un familiar de la víctima el 33,7%, 19,4% y 14,3% respectivamente (ver Tabla IV).

El padre biológico de la víctima fue el Vo más frecuente en nuestra serie, seguido de un No Familiar conocido, (23,6% y 21,4% respectivamente), representando el primero aproximadamente un tercio de los AS cometidos por un familiar de la víctima y la mitad de los AS incestuosos.

Dentro de la relación Víctima-Victimario (RVV), los victimarios incestuosos son más numerosos cuando la víctima es femenina 59,3% que cuando es masculina 36,4% y los no familiares más numerosos en la masculina 50,0% que en la femenina 26,3% (Tabla III), aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas (χ^2 , $p = 0,073$). En la víctima femenina, las categorías RVV no difirieron significativamente con la edad (Tabla III; χ^2 , $p = 0,678$), siendo a cualquier edad el victimario familiar incestuoso el más frecuente. En la víctima masculina, la RVV tendió a modificarse con la edad (Tabla III; χ^2 tendencia, $p = 0,052$), notándose particularmente un incremento lineal de la frecuencia de victimario no familiar con la edad del varón (25%, 50% y 75% en < 6, 6-12 y >12 años de edad).



Figura 4.- Distribución de las víctimas menores de abuso sexual de acuerdo a la relación del victimario con la víctima (n = 140).

Tabla III.- Distribución de frecuencias (n y % entre paréntesis) de las víctimas, desagregado por género, de acuerdo a categorías de Relación del victimario con la víctima.-

Categoría RVV	Víctima femenina				Víctima masculina			
	Todas	< 6 años	6-12 años	>12 años	Todos	< 6 años	6-12 años	>12 años
No familiar	31 (26,3)	10 (30,3)	15 (28,3)	6 (18,8)	11 (50,0)	1 (25,0)	7 (50,0)	3 (75,0)
Familiar incestuoso	70 (59,3)	20 (60,6)	29 (54,7)	21 (65,6)	8 (36,4)	1 (25,0)	6 (42,9)	1 (25,0)
Familiar no incestuoso	17 (14,4)	3 (9,1)	9 (17,0)	5 (15,6)	3 (13,6)	2 (50,0)	7 (7,1)	

3.1.4 Perpetuación

El AS perpetuado se encontró presente en 96 de los 140 casos de AS infantil de nuestra serie (68,6%, ver Tabla IV). Esta característica estuvo presente en 17 de 30 casos de Vo conocido de la víctima (56,7%), en 69 de 78 casos de Vo familiar incestuoso (88,5%), en 10 de 20 casos de Vo familiar no incestuoso (50,0%) y en ningún caso cuando el victimario fue un extraño a la víctima (0%). En este contexto, no se evidenció diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia o probabilidad de perpetuación del AS cuando los victimarios fueron un conocido de la víctima o un familiar no incestuoso (56,7% y 50,0% respectivamente; $p = 0,667$). Por otra parte, **la perpetuación resultó significativamente elevada dentro de casos con Vo familiar incestuoso 88,5%, versus la perpetuación dentro de los casos con Vo no familiar más familiar no incestuoso 43,5% ($p < 0,001$)**. En este sentido, el riesgo de perpetuación del AS es casi 10 veces mayor cuando el victimario es un familiar incestuoso de la víctima (OR = 9.94 IC95% 4.22-

23.42)¹. Dentro de los AS no incestuosos, incluyendo a victimarios conocidos de la víctima (n = 30) y familiares (n = 20), se analizó la posible relación de la “perpetuación” del AS con las características antes mencionadas de la víctima y entorno familiar. En primer término, se observó una diferencia en la edad de consulta, de 2 años promedio mayor en víctimas con abuso perpetuado respecto a no perpetuado ($9,7 \pm 3,9$ y $7,3 \pm 3,7$ años promedio respectivamente; test t, $p = 0,030$); no se detectó relación de perpetuación con el género. En segundo término, **la frecuencia de AS perpetuado resultó significativamente más baja en casos cuya madre convive con la víctima** (21 de 44 casos) que cuando no (6 de 6 casos) (47,7% versus 100,0% respectivamente; TEF, $p = 0,025$). En tercer término, resultó **significativamente más alto en casos de maltrato o violencia familiar** (13 de 15 casos) que cuando este indicador estuvo ausente (14 de 35 casos) (86,7% versus 40,0% respectivamente; χ^2 , $p = 0,002$). El riesgo de perpetuación del AS no incestuoso con victimario conocido o del entorno familiar, resultaría casi 10 veces mayor en presencia de maltrato o violencia familiar (OR 9.75 IC95% 1.90-50.02), mientras que en relación a ausencia de la madre no se pudo determinar este parámetro.

Tabla IV.- Distribución de frecuencia absoluta (n) y relativa (%) del total de la muestra de abusos sexuales infantiles de acuerdo a la relación del victimario con la víctima (RVV), frecuencia relativa (%) de cada subtipo de victimario dentro de su categoría respectiva de relación, y frecuencia absoluta y relativa de “perpetuación” del abuso para cada una de los subtipos de RVV por separado. (1) Un caso de padre adoptivo.

Relación del victimario con la víctima de Abuso Sexual	En la muestra		% en su categoría	% dentro de victimario familiar	Perpetuación	
	N	%			n/N	%
No familiar						
Conocido	30	21,4	71,4	-----	17/30	56,7
Extraño	12	8,6	28,6	-----	0/12	0,0
Subtotal	42	30,0	100,0	-----	17/42	40,5
Familiar incestuoso						
Padre	33	23,6	42,3	33,7	31/33	93,9
Padrastra (1)	19	13,6	24,4	19,4	19/19	100,0
Tío	14	10,0	17,9	14,3	9/14	64,3
Abuelo	4	2,9	5,1	4,1	¾	75,0
Abuelastro	4	2,9	5,1	4,1	4/4	100,0
Hermano	2	1,4	2,6	2,0	2/2	100,0
Medio hermano	2	1,4	2,6	2,0	½	50,0
Subtotal	78	55,7	100,0	79,6	69/78	88,5
Familiar no incestuoso						
Primo	7	5,0	35,0	7,1	1/7	14,3
Tío político	5	3,6	25,0	5,1	3/5	60,0
Cuñado	3	2,1	15,0	3,1	3/3	100,0
Tío segundo	2	1,4	10,0	2,0	0/2	0,0
Tío abuelo	2	1,4	10,0	2,0	2/2	100,0
Hermanastro	1	0,7	5,0	1,0	1/1	100,0
Subtotal	20	14,3	100,0	20,4	10/20	50,0
Total	140	100,0	-----	100,0	96/140	68,6

¹ Es importante aclarar en este punto que las implicancias de la perpetuación del AS podrán ser sólo analizadas en el contexto de la RVV con victimario no incestuoso (familiar o conocido), ya que la perpetuación se mostró como una característica anidada al AS incestuoso y por el contrario una situación probablemente excepcional en el AS cometido por un extraño a la víctima.

3.1.5 Tipo de AS y Compromiso Físico

El AS incluyó tocamiento genital en 72 casos (51,4%), penetración de pene en 70 (50,0%), práctica oral en 21 (15,0%), yuxtaposición genital en 17 (12,1%) y algunas otras prácticas cada una de frecuencia < 5% (Tabla VI). Existió una correlación inversa significativa entre las dos prácticas más frecuentes, el tocamiento genital y penetración peniana (coeficiente ϕ -0.43, $p < 0,001$), coincidiendo ambas prácticas en 21 casos (15,0%), estando ambas ausentes en 19 casos (13,4%), tocamiento sin penetración en 51 (36,4%) y penetración sin tocamiento en 49 (35,0%). Estas 4 categorías constituyeron los patrones de tipo de AS más frecuentes (91,5%).

La práctica oral se encontró presente en 0 de 49 con el patrón de penetración sin tocamiento, en 8 de 51 con tocamiento sin penetración, en 5 de 19 sin ambas y en 8 de 21 con ambas características (0%, 15,7%, 26,3% y 38,1% respectivamente; χ^2 , $p < 0,001$). La yuxtaposición genital por su parte, se encontró ausente en patrones con penetración peniana y presente en 9 de 19 sin tocamiento y en 8 de 51 con tocamiento (0%, 47,4% y 15,7% respectivamente; χ^2 , $p < 0,001$). El abuso emocional se limitó a casos sin tocamiento ni penetración peniana, al igual que prácticamente todos los casos de penetración de objetos (no pene), mientras que otras prácticas tuvieron una frecuencia de 3,9% y 4,8% dentro del patrón de tocamiento y de éste más penetración peniana respectivamente.

El grado de compromiso físico relacionado al abuso se resume en la figura 5. Se trató la mayoría de las veces de algún grado de compromiso. Se consideró compromiso severo el que requirió internación por causa del AS para su tratamiento, intervención quirúrgica, las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo. En 103 casos se verificaron alteraciones genitales en relación al trauma (73,6%), siendo poco frecuentes los casos sin examen físico (2,1%). Las alteraciones de laboratorio relacionadas al AS estuvieron presentes en 30 casos (21,4%). Fueron internados 28 casos (20,0%), 23 de ellos en relación al abuso sexual, 2 por maltrato físico y otros 3 por otros motivos no estrictamente relacionados al hecho.

Sobre un total de 30 niñas con riesgo de embarazo pues ya menstruaban (25,4% del total de la muestra), existieron 2 víctimas embarazadas (6,66%). El 60% de las niñas con riesgo, es decir 18, estaban involucradas en una relación incestuosa, siendo el padre biológico el Vo en el 55,5% (10 casos).

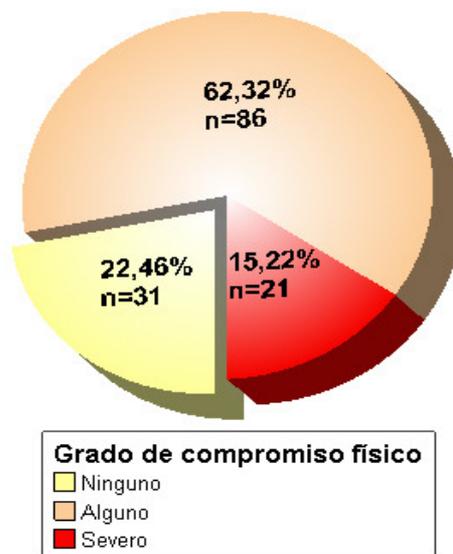


Figura 5.- Distribución de la serie de acuerdo al grado de compromiso físico relacionado a los hechos del abuso sexual infantil (n = 138).

3.1.6 Lugar del Hecho

En la tabla VI también se muestra el lugar del hecho en términos generales, aunque debemos aclarar que éste dependió significativamente de la relación Va-Vo. El AS por extraño se limitó a “espacio exterior”, con victimario conocido el 50% ocurrió en la casa de éste, 13,3% en el hogar común, 13,3% en el espacio exterior, 10% en la casa de la víctima y 6,7% en la escuela o guardería. Por otro lado, el 64,1% de los AS incestuosos ocurren en el hogar común de víctima y victimario, 33,3% en la casa de uno u otro y excepcionalmente en otro sitio (2,6%); mientras que con Vo familiares no incestuosos, el 45% de las veces ocurrió en la casa del victimario, 25% en el hogar común, 20% en la casa de la víctima y 10% en otro sitio.

3.1.7 Denuncias-Juzgados

Dentro de la serie, 20 casos no fueron denunciados (14,3%) y otros 120 sí (85,7%) (Tabla VI). En 98 de los 120 casos denunciados intervino sólo o asociado, el juzgado de instrucción (81,7%). Los juzgados de menores y familia intervinieron en 64 y 13 casos (53,3% y 10,8%) respectivamente. La mayor frecuencia estuvo dada por la intervención del

juzgado de instrucción, única en 45 casos (37,5%), conjunta de instrucción y menores en 45 casos (37,5%) o por la única de menores (n = 17; 14,2%).

El porcentaje de casos no denunciados resultó similar independientemente del género de la víctima (13,6% y 14,4% de los varones y mujeres respectivamente) aunque la proporción de denuncia antes y después de la asistencia, difirió ligeramente (81,8% y 4,5% en varones, 65,3% y 20,3% en mujeres respectivamente) (χ^2 para diferencia de categoría de denuncia en relación al género, $p = 0,188$).

No se denunciaron 15,4 % de los AS en víctimas ≤ 12 años y 11,1 % en > 12 años. El momento de la denuncia dependió significativamente de la edad de la víctima. Las denuncias previas a la asistencia fueron del 61,5 % en ≤ 12 y 86,1% en > 12 y las posteriores fueron 23,1 % en ≤ 12 y 2,8 % en > 12 (χ^2 , $p = 0,012$).

3.1.8 Comunicación del AS al Profesional de Salud

La modalidad en que la víctima comunicó el abuso sexual al psicoterapeuta se muestra en la tabla VI, destacándose como prevalente la modalidad verbal directa detallada (62,1%).

Tabla V.- Distribución de frecuencia absoluta (n) y relativa (%) de la muestra de casos de abuso sexual infantil de acuerdo a la modalidad de comunicación del hecho de la víctima al psicoterapeuta.

Comunicación del AS al psicoterapeuta	Frecuencia	
	n	%
No comunica	14	10,0
Verbal directo detallado	87	62,1
Verbal indirecto, simbolismos específicos	28	20,0
Otra modalidad, c/u con frecuencia $\leq 2\%$ *	11	7,9

* Ej. Juego, no verbal indirecto (simbolismos específicos), reacción especial, etc.

Tabla VI.- Frecuencia absoluta y relativa, sobre el total de la muestra, de algunas características de interés sobre el hecho de abuso sexual.

Características del Abuso Sexual	Frecuencia	
	n	%
Tipo de abuso sexual (Rpta. múltiple)		
Tocamiento genital	72	51,4
Penetración (pene)	70	50,0
Práctica oral	21	15,0
Yuxtaposición genital	17	12,1
Penetración (dedos u objetos)	6	4,3
Emocional	3	2,1
Otros tipos	3	2,1
Lugar del hecho		
Hogar de víctima	16	11,4
Hogar de victimario	41	29,3
Hogar de ambos	59	42,1
Espacio exterior	18	12,9
Otra vivienda	4	2,9
Escuela o guardería	2	1,4
Trato asociado al hecho		
Fuerza física coercitiva	30	21,4
Amenaza verbal	35	25,0
Premio, regalo, seducción	19	13,6
Golpes	11	7,9
Varios u otros	14	10,0
Ninguno, S/d	26	18,6
Quien consulta		
Madre	119	85,0
Otro familiar	15	10,7
No familiar	6	4,3
Quien deriva		
Víctima por sí misma	28	20,0
Facultativo	71	50,7
Orden judicial	41	29,3
Denuncia		
No	20	14,3
Si, previa a asistencia	95	67,9
Si, posterior a asistencia	25	17,9

B Segunda Sección

3.2 Diagnósticos y Evaluaciones.

3.2.1 Total de Casos de Abuso Sexual. Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso

3.2.1.1 Diagnóstico DSM IV

En la tabla VII se expone la frecuencia relativa de las distintas expresiones psicopatológicas halladas en la muestra y comparativamente entre casos de AS Incestuoso (ASI) y No Incestuoso (ASNI), clasificadas en cuatro ejes de acuerdo a DSM-IV. Los diagnósticos de Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) fueron realizados, tal cual permite el DSM IV, aún cuando no cumplieran con la totalidad de los criterios si clínicamente el cuadro lo ameritaba, dada la intensidad e importancia de los criterios existentes.

De dicha tabla se desprende que la expresión psicopatológica (Eje I) más frecuente en nuestra serie fue el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) (55,7% de las víctimas), seguido por los Trastornos del Aprendizaje No Específicos (TA) (30,7%) y más atrás por el Trastorno del Comportamiento Perturbador No Específicos (TCP) (12,9%), los Trastornos de Ansiedad (11,4%), el Trastorno de Control de Esfínteres (11,4%), los Trastornos Adaptativos (9,3%) y el Trastorno Reactivo de la Vinculación en la Infancia o Niñez (TRVI) (6,4%).

En el AS Incestuoso se observó una frecuencia significativa mayor de TRVI respecto a víctimas de AS No Incestuoso (11,5% versus 0% respectivamente; TEF $p = 0,005$); mientras que en este último grupo se observó una frecuencia significativa de trastornos de ansiedad respecto al primer grupo (17,7% versus 6,4% respectivamente; $\chi^2 p = 0,036$). Sin diferencias significativas, hay una tendencia a mayor frecuencia de Trastornos de Aprendizaje (TA) en víctimas de AS No Incestuoso y de trastornos en el control de esfínteres en víctimas de AS Incestuoso (ver datos en Tabla VII).

Tabla VII.- Prevalencia de Expresiones Psicopatológicas y Orgánicas (Ejes I-IV del **DSM-IV**) en la muestra de Abuso Sexual Infantil y análisis comparativo entre casos de AS Incestuoso (n = 78) y No Incestuoso (n = 62).

Expresiones psicopatológicas según Ejes de DSM-IV	Toda la muestra n (%)	AS. Incestuoso N (%)	AS. No incestuoso n (%)	P
Códigos presentes en Eje I DSM-IV				
Trastorno por estrés postraumático (F43.1)	78 (55,7)	43 (55,1)	35 (56,5)	0,876 (1)
Trastorno de Aprendizaje NE (F81.9)	43 (30,7)	19 (24,4)	24 (38,7)	0,067 (1)
Trastorno del comportamiento perturbador NE (F91.9)	18 (12,9)	8 (10,3)	10 (16,1)	0,302 (1)
Trastorno de Ansiedad NE (F41.9)	16 (11,4)	5 (6,4)	11 (17,7)	0,036 (1)
Enuresis y/o encopresis (F98.0 o 98.1)	16 (11,4)	12 (15,4)	4 (6,5)	0,099 (1)
Trastorno adaptativo *	13 (9,3)	9 (11,5)	4 (6,5)	0,303 (1)
TRVI (F 94.1 o F 94.2)	9 (6,4)	9 (11,5)	-----	0,005 (2)
Trastorno depresivo NE (F32.9)	2 (1,4)	1 (1,3)	1 (1,6)	-----
Trastorno distímico (F34.1)	2 (1,4)	2 (2,6)	-----	-----
Trastorno fonológico (F80.0)	2 (1,4)	-----	2 (3,2)	-----
Trastorno DAH, combinado (F90.0)	2 (1,4)	1 (1,3)	1 (1,6)	-----
Trastorno de infancia o adolescencia NE (F98.9)	2 (1,4)	1 (1,3)	1 (1,6)	-----
Otros (c/u con frecuencia < 1%) **	8 (5,7)	4 (5,1)	4 (6,5)	0,733 (2)
Códigos presentes en Eje II DSM-IV				
No se presentan trastornos en este eje (Z03.2)	130 (92,9)	72 (92,3)	58 (93,5)	0,709 (1)
Trastorno límite de la personalidad (F60.31)	4 (2,9)	3 (3,8)	1 (1,6)	
Retraso mental (F70.9, 71.9 o 79,9)	6 (4,3)	3 (3,8)	3 (4,8)	
Códigos presentes en Eje III DSM-IV				
Ningún trastorno en este eje	116 (82,9)	65 (83,3)	51 (82,3)	0,867 (1)
Enfermedad infecciosa y parasitaria (B)	1 (0,7)	-----	1 (1,6)	-----
Enfermedad endocrina, nutricional o metabólica (E)	5 (3,6)	4 (5,1)	1 (1,6)	0,383 (2)
Enfermedad del sistema nervioso (G)	5 (3,6)	2 (2,6)	3 (4,8)	0,655 (2)
Enfermedad del oído y apófisis mastoides (H)	5 (3,6)	2 (2,6)	3 (4,8)	0,655 (2)
Enfermedad del sistema circulatorio (I)	5 (3,6)	4 (5,1)	1 (1,6)	0,383 (2)
Enfermedad del sistema respiratorio (J)	4 (2,9)	1 (1,3)	3 (4,8)	0,322 (2)
Enfermedad músculo esquelética y tejido conectivo (M)	4 (2,9)	3 (3,8)	1 (1,6)	0,630 (2)
Códigos presentes en Eje IV DSM-IV				
Ningún trastorno en este eje	11 (7,9)	2 (2,6)	9 (14,5)	0,011 (2)
Problema relativo a grupo primario de apoyo	129 (92,1)	76 (97,4)	53 (85,5)	

* Incluye: Trastorno adaptativo (TA) con estado de ánimo depresivo (F43.20), TA mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (F43.22), TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento (F43.25), TA con ansiedad (F43.28) y TA no especificado (F43.9).

** Incluye: Trastorno de ansiedad NE, Trastorno por estrés agudo, Trastorno generalizado del desarrollo, Trastorno de conversión con síntomas o déficit sensoriales, Trastorno por dolor,

Trastorno de la conducta alimentaria NE, Trastorno de ansiedad por separación, Mutismo selectivo y Tartamudeo.

NE: No especificado.- TRVI: Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o niñez.

Referencias: (1) Prueba de Chi cuadrado convencional de Pearson con un grado de libertad.- (2) Test exacto de Fisher a dos colas.

3.2.1.2 Diagnóstico CFTMEA -R-2000

En la tabla VIII se expone la frecuencia relativa de las distintas expresiones psicopatológicas halladas en la muestra y comparativamente entre Abuso Sexual Incestuoso (ASI) y No Incestuoso (ASNI), clasificadas de acuerdo a CFTMEA -R-2000.

De dicha tabla se desprende que la expresión psicopatológica (Eje I) más frecuente en nuestra serie de AS fue el Síndrome de Estrés Postraumático (SEP) (47,1%), seguido por el conjunto de los Trastornos Neuróticos (TN) (41,4%). Al respecto, se han observado una frecuencia significativamente mayor de un conjunto de trastornos del habla, lenguaje, lectoescritura, cognitivos y otros del rendimiento escolar en casos de AS No Incestuoso respecto a AS Incestuoso (11,3% versus 1,3% respectivamente; TEF, $p = 0,022$).

Tabla VIII.- Prevalencia de Expresiones Psicopatológicas (Ejes I-II de CFTMEA- R-2000) en la muestra y comparativamente entre Abuso Sexual Incestuoso (n = 78) y No Incestuoso (n = 62).

Expresiones psicopatológicas según CFTMEA- R-2000	Toda muestra n (%)	AS. Incestuoso n (%)	AS. No incestuoso n (%)	P
Códigos presentes en Eje I				
Síndrome de estrés postraumático (4.2)	67 (47,9)	37 (47,4)	30 (48,4)	0,911 (1)
Trastorno neurótico - en conjunto (2.0 a 2.9)	58 (41,4)	35 (44,9)	23 (37,1)	0,354 (1)
Predominio de ansiedad (2.0)	11 (7,9)	6 (7,7)	5 (8,1)	1,000 (2)
Predominio histérico (2.1)	4 (2,9)	1 (1,3)	3 (4,8)	0,322 (2)
Predominio de inhibiciones (2.4)	24 (17,1)	14 (17,9)	10 (16,1)	0,777 (1)
Depresión (2.5)	4 (2,9)	3 (3,8)	1 (1,6)	0,630 (2)
Funciones instrumentales (2.7)	12 (8,6)	8 (10,3)	4 (6,5)	0,424 (1)
NE (2.9)	3 (2,1)	3 (3,8)	----	0,254 (2)
Manifestaciones Reactivas (4.1)	19 (13,6)	9 (11,5)	10 (16,1)	0,431 (1)
Alteración control de esfínteres (8.3 y/o 8.4)	17 (12,1)	12 (15,4)	5 (8,1)	0,188 (1)
Estados de estrés (B4)	15 (10,7)	9 (11,5)	6 (6,7)	0,724 (1)
Desarmonías evolutivas (3.0)	11 (7,9)	8 (10,3)	3 (4,8)	0,237 (1)
Trastorno de la conducta *	9 (6,4)	6 (7,7)	3 (4,8)	0,731 (2)
Trast. del habla, lenguaje escritura, cognitivos y otros **	8 (5,7)	1 (1,3)	7 (11,3)	0,022 (2)
Deficiencias (5.X5, 5.X6 y 5.X7)	5 (3,6)	3 (3,8)	2 (3,2)	1,000 (2)
Patologías límites – Predominio comportamental (3.3)	3 (2,1)	2 (2,6)	1 (1,6)	1,000 (2)
Otros (c/u con frecuencia < 1,5%)	5 (3,6)	5 (6,4)	----	----
Códigos presentes en Eje II / Factores orgánicos				
No se presentan factores orgánicos (10.0)	117 (83,6)	65 (83,3)	52 (83,9)	0,932 (1)
Enfermedad somática, evolución crónica (15.8)	11 (7,9)	7 (9,0)	4 (6,5)	0,755 (2)
Cuadros de Epilepsia (16.0 a 16.2)	5 (3,6)	2 (2,6)	3 (4,8)	0,655 (2)
Disfunción sensorial (15.0)	2 (1,4)	2 (2,6)	----	0,503 (2)
Malformación congénita no cerebral (15.4)	2 (1,4)	2 (2,6)	----	0,503 (2)
Otros (c/u con frecuencia < 1%)	6 (4,3)	3 (3,8)	3 (4,8)	----
Códigos presentes en Eje II / Factores del entorno				
No hay factores del entorno por considerar (20.0)	11 (7,9)	3 (3,8)	8 (12,9)	0,061 (2)
Perturbación psicológica severa en flía. (21.7)	120 (85,7)	70 (89,7)	50 (80,6)	0,126 (1)
Medio sociofamiliar desfavorable (25.8)	18 (12,9)	12 (15,4)	6 (9,7)	0,316 (1)
Niño actualmente institucionalizado (25.1)	9 (6,4)	8 (10,3)	1 (1,6)	0,044 (2)
Otros (c/u con frecuencia ≤ 2%)	11 (7,9)	6 (7,7)	5 (8,1)	1,000 (2)

* Incluye: Trastornos hipequinéticos (7.0X), Trastornos de la conducta NE (7.9) y Trastornos de la conducta alimentaria NE (7.19).

** Incluye: Mutismo selectivo (6.031), tartamudeo (6.04), otros del habla y lenguaje (6.08), Trastornos de la lectoescritura (6.10) y Trastornos cognitivos y de las adquisiciones escolares NE (6.19).

NE: No especificado.

Referencias: (1) Prueba de Chi cuadrado convencional de Pearson con un grado de libertad.- (2) Test exacto de Fisher a dos colas.

3.2.1.3 Trastorno o Síndrome por Estrés Postraumático.

Evaluación de Severidad

En cuanto al Trastorno o Síndrome de Estrés Postraumático (TEP o SEP), la clasificación DSM-IV y CFTMEA-R-2000 (incluyendo el eje bebé) coinciden en que 78 víctimas tienen el cuadro (55,7%), coinciden en que 58 no lo presentan (41,4%), y no concuerdan en sólo 4 casos (2,9%) (Coeficiente kappa de concordancia = 0.942 $p < 0,001$). Estas 4 discordancias corresponden a casos positivos para la clasificación francesa y negativo para DSM-IV.

En la figura 6 se muestra la distribución de la muestra de acuerdo a cumplimiento o no de criterios clínicos de estrés postraumático para niños (escala PTSS-C; DSM-IV), y en la figura 7 se muestra la distribución de 78 casos con criterios suficientes e insuficientes de

estrés de acuerdo a categorías de severidad. Los diagnósticos con criterios insuficientes se realizaron cuando clínicamente los signos y síntomas ameritaban hacerlo.

Tomando los 78 casos registrados con el código F43.1, eje I del DSM-IV (Trastorno por Estrés Postraumático), se comparó la severidad del cuadro (categorías PTSS-C) entre AS Incestuoso y No Incestuoso (ver figura 8), no encontrándose prácticamente diferencia alguna (χ^2 ; $p = 0,768$).

Por otro lado, se seleccionaron 35 con el código F43.1 del DSM-IV presente de los 50 casos de AS No Incestuoso (victimario conocido o familiar), comparándose entonces la severidad del cuadro (categorías PTSS-C) entre AS perpetuado y no perpetuado (ver figura 9), observándose sólo ligeras diferencias no significativas (χ^2 ; $p = 0,627$).

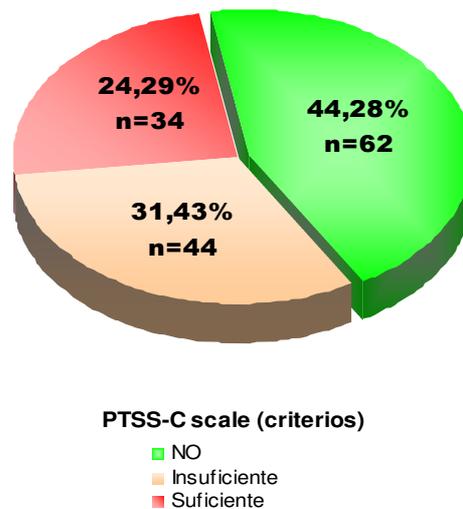


Figura 6.- Distribución de la muestra de acuerdo a criterios clínicos de Estrés Postraumático (escala PTSS-C, DSM-IV) ($n = 140$).

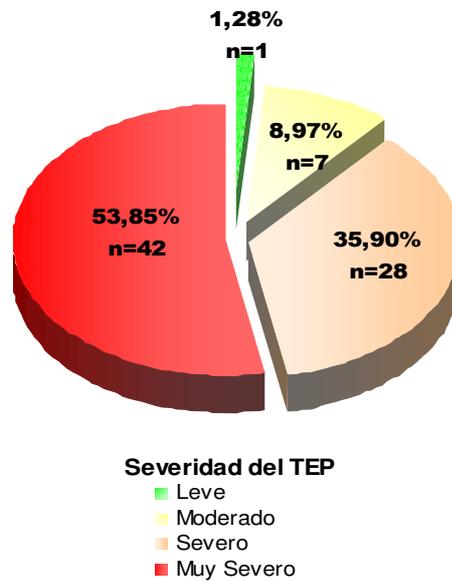


Figura 7.- Distribución de un subgrupo de casos con criterios suficientes o insuficientes de Estrés Postraumático (n = 78) de acuerdo a categorías de severidad de estrés

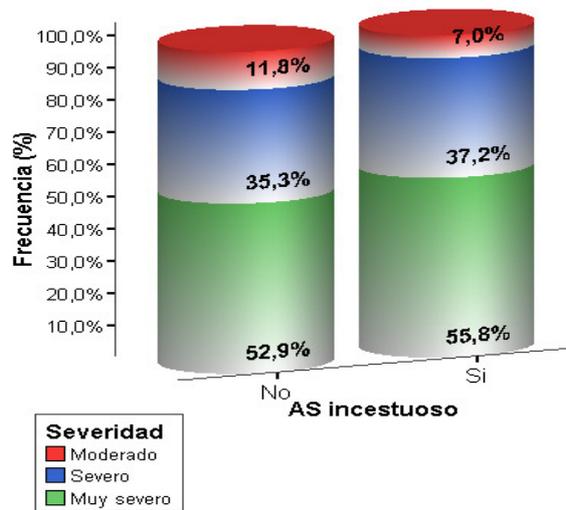


Figura 8.- Distribución de frecuencias relativas de categorías de severidad del Estrés Postraumático (DSM-IV), desagregada para AS Incestuoso y No Incestuoso.

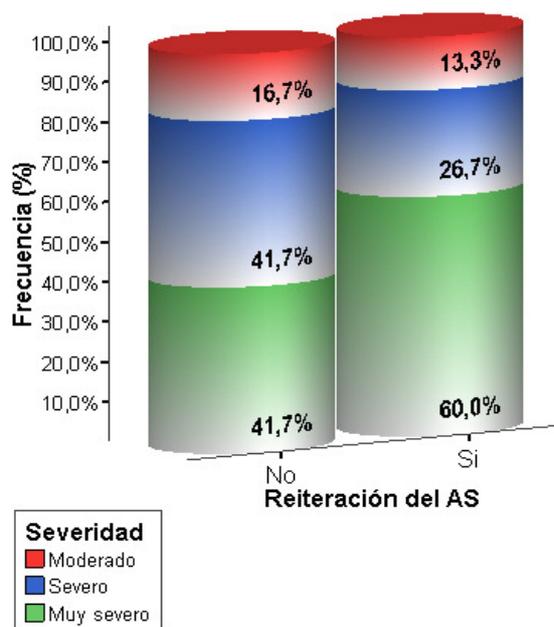


Figura 9.- Distribución de frecuencias relativas de categorías de severidad del Estrés Postraumático (DSM-IV), desagregada para AS perpetuado y no perpetuado en casos de AS No Incestuoso (victimario conocido y familiar).

3.2.1.4 Evaluación Global de la Actividad Psicológica, Social y Escolar

En cuanto al funcionamiento global psicológico, social y escolar del niño, en términos de puntuación obtenida en la escala EEAG (C GAS), en la muestra se observó un promedio de 51,7 puntos \pm 12,9 de desvío estándar dentro del rango 25-85 puntos (Tabla IX). En el AS Incestuoso y No Incestuoso se obtuvieron puntajes medios de 48,9 \pm 11,2 y 55,2 \pm 14,1 puntos respectivamente, lo cual representó una diferencia significativa promedio de 6,3 puntos (test *t* ajustado a varianzas no homogéneas; $p = 0,005$; Tabla IX).

Tabla IX.- Puntajes medios del funcionamiento global psicológico, social y escolar del niño (EEAG-C-GAS) y Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) en la muestra de Abuso Sexual Infantil y análisis comparado en relación al AS Incestuoso o No Incestuoso y a la perpetuación del mismo en los últimos.

Escore de Funcionamiento	Muestra	AS incestuoso		p	ASNI perpetuado		p
		No	Si		No	Si	
n	140	62	78		23	27	
EEAG (C-GAS)	51,7 (12,9)	55,2 (14,1)	48,9 (11,2)	0,005	59,8 (15,8)	50,2 (11,6)	0,021
EEGAR	47,6 (17,0)	55,3 (13,9)	41,4 (16,9)	< 0,001	62,4 (11,5)	50,2 (13,6)	0,001

Los valores en tabla representan a media aritmética y desvío estándar entre paréntesis.

3.2.1.5 Evaluación Global de la Actividad Relacional

La puntuación de la escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) en la muestra resultó promedio 47,6 puntos \pm 17,0 de desvío estándar dentro del rango 0-85 puntos (Tabla IX). En el AS Incestuoso y No Incestuoso se obtuvieron puntajes medios de 41,4 \pm 16,9 y 55,3 \pm 13,9 puntos respectivamente, lo cual representó una diferencia muy significativa promedio de 13,9 puntos (test *t*; $p < 0,001$; Tabla IX).

3.2.2 Perpetuación del Abuso Sexual en casos de Abuso Sexual No Incestuoso

Se analizaron las Expresiones Psicopatológicas en relación a la perpetuación o no del AS, seleccionando a tal fin las relaciones Va-Vo, de conocido o familiar no incestuoso ($n = 50$). Dado lo extenso del análisis (análogo a las tablas VII y VIII previas), se optó por informar en prosa exclusivamente los datos significativos.

Se observó que 14 de 27 casos de AS con perpetuación (51,9%) contra sólo 4 de 23 no perpetuados (17,4%) presentaban Trastornos del Aprendizaje (DSM-IV, Eje I, F81.9) (χ^2 ; $p = 0,011$).

En la clasificación CFTMEA-R-2000, en el eje I se observó que sólo 1 de 27 AS perpetuado (3,7%), contra 7 de 23 AS no perpetuado (30,4%) tenían presente manifestaciones reactivas (código 4.1) (TEF; $p = 0,017$). Por otro lado, aunque no significativamente, en el AS perpetuado se observó una mayor frecuencia de trastornos neuróticos en general (CFTMEA R-2000, Eje I, 2.0-2.9), presentes en 14 de 27 víctimas con AS perpetuado (51,9%) y en 6 de 23 no perpetuado (26,1%) (χ^2 ; $p = 0,064$). Sin embargo, **la principal o única diferencia radicó en la frecuencia del trastorno neurótico con preponderancia de las inhibiciones, presente en 7 AS perpetuados y 1 AS no perpetuado (25,9% versus 4,3% respectivamente; TEF, $p = 0,055$).**

En relación a la perpetuación o no del AS y seleccionando a tal fin las relaciones Va-Vo conocido o familiar no incestuoso ($n = 50$), se pudo apreciar que **tanto el puntaje EEAG como el EEGAR resultan significativamente más bajos entre los casos de AS perpetuado respecto a no perpetuado** (Tabla IX), siendo las medias de 50,2 \pm 11,6 y 59,8 \pm 15,8 puntos EEAG respectivamente (test *t* ajustado a varianzas no homogéneas; $p = 0,021$), 50,2 \pm 13,6 y 62,4 \pm 11,5 puntos EEGAR respectivamente (test *t*; $p = 0,001$). Nótese

como los **puntajes medios más altos de EEAG y EEGAR corresponden al AS No Incestuoso ni perpetuado, mientras que los más bajos al AS Incestuoso.**

C Tercera Sección

3.3 Resultados comparativos. Abuso Sexual Incestuoso – Abuso Sexual No Incestuoso-Clasificaciones diagnósticas DSM IV y CEFTMEA-R- 2000 y su relación con algunas Variables.

Para los grupos de casos de AS Incestuoso y AS No Incestuoso por separado, a la vez para cada clasificación diagnóstica (americana y francesa), se propuso investigar qué relación (o grado de asociación) pudieran tener las expresiones psicopatológicas más frecuentes con un grupo de variables seleccionadas. Las variables seleccionadas mencionadas fueron: tipo de funcionamiento psicopatológico, aprendizaje escolar, sexualidad, tiempo de duración del abuso, tiempo de duración del secreto, protección de la madre, puntaje medio de funcionamiento global psicológico, social y escolar (CGAS) y de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR). Salvo los puntajes medios de funcionamiento global que ya fueron descriptos en secciones previas, la descripción de cada una de las restantes variables sobre el total de la muestra y desagregado por clases AS Incestuoso y AS No Incestuoso, se muestra en la tabla X.

Tabla X.- Distribución de frecuencia de un conjunto de variables de interés en la muestra y en asociación a la condición o no de incesto en la relación víctima - victimario de abuso sexual.

CONJUNTO DE VARIABLES	Frecuencia en muestra n/N (%)	AS. Incestuoso n/N (%)	AS. No incestuoso n/N (%)	p
Tipo funcionamiento psicopatológico				
Reactivo	53/140 (37,9)	23/78 (29,5)	30/62 (48,4)	0,074
Neurótico	20/140 (14,3)	11/78 (14,1)	9/62 (14,5)	
Mixto	57/140 (40,7)	36/78 (46,2)	21/62 (33,9)	
Otro	10/140 (7,1)	8/78 (10,3)	2/62 (3,2)	
Aprendizaje Escolar alterado	60/99 (60,6)	33/52 (63,5)	27/47 (57,4)	0,541
Sexualidad				
Conducta sexualizada	22/140 (15,7)	15/78 (19,2)	7/62 (11,3)	0,200
Conflicto con el sexo	102/140 (72,9)	61/78 (78,2)	41/62 (66,1)	0,110
AS perpetuado ≥ 1 año	47/71 (66,2)	38/47 (80,9)	9/24 (37,5)	< 0,001
Duración del secreto en AS reiterado				
mes/s	23/96 (24,0)	9/69 (13,0)	14/27 (51,9)	< 0,001
año/s	49/96 (51,0)	41/69 (59,4)	8/27 (29,6)	
Sin dato / no detectado	24/96 (25,0)	19/69 (27,5)	5/27 (18,5)	
Protección de la madre				
Positiva	55/133 (41,4)	20/73 (27,4)	35/60 (58,3)	< 0,001
Negativa	32/133 (24,1)	25/73 (34,2)	7/60 (11,7)	
Ambigua	46/133 (34,6)	28/73 (38,4)	18/60 (30,0)	

p: prueba de Chi cuadrado convencional de Pearson en todos los casos.

3.3.1 Relación de Variables con Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso

Los **tipos de funcionamiento psicopatológico** considerados, referidos a estructuras de personalidad y mecanismos defensivos, fueron básicamente cinco: reactivo, neurótico, psicótico, inmadurez y trastorno de personalidad / patología límite; no son mutuamente excluyentes y por tanto puede presentarse más de un tipo en un mismo paciente. Sin embargo, los tipos reactivo y neurótico (juntos o por separado) fueron los funcionamientos más frecuentes, por lo que para su análisis se optó en clasificar los tipos de funcionamiento como sigue: a) Funcionamiento reactivo (no neurótico; aunque puede tener otro componente), b) Funcionamiento neurótico (no reactivo; aunque puede tener otro componente), c) Funcionamiento mixto reactivo - neurótico (con o sin otro componente) y d) Otro funcionamiento (no neurótico ni reactivo).

Así planteado, el funcionamiento más frecuente en la muestra sería el mixto (40,7%) seguido del reactivo (37,9%), aunque variable dependiendo del tipo de abuso, siendo el **funcionamiento “mixto reactivo-neurótico” el más frecuente en los AS Incestuosos (46,2%) y el “reactivo” en los AS No Incestuosos (48,4%) ($p = 0,074$; tabla X).**

En cuanto a la adecuación del **aprendizaje escolar**, en 24 niños no correspondió ser evaluada por la edad, otros 5 porque concurrían a escuelas especiales, en otros 8 tampoco porque no se obtuvieron datos de escolaridad ni en 2 que jamás concurren ($n = 39$). De los 101 casos restantes, se logró obtener datos del Aprendizaje Escolar en 99 casos (54 con escolaridad acorde a edad, 43 con retraso y 2 que abandonaron estudios). Así planteado, se encontraron alteraciones en el Aprendizaje Escolar en 60 casos (60,6%; ver tabla X); más precisamente en 42 de 43 con escolaridad retrasada, en 1 de 2 que abandonaron los estudios y en 17 de 54 con escolaridad acorde a la edad (31,5%). En relación a la condición de incesto no se apreció diferencia en alteración en el aprendizaje escolar.

En lo referente a **sexualidad**, fue bajo el número de casos con indicadores de “promiscuidad y/o precocidad” ($n = 4$), “conflictos en la identidad genérica” ($n = 10$) o conflictos con la “maternidad / paternidad” ($n = 5$). Por tanto el análisis de sexualidad se limitó a los indicadores de “conducta sexualizada” (ver definición) y a “conflicto con el sexo en sí”, con frecuencias respectivas en la muestra de 15,7% y 72,9%, un poco más frecuente en los AS incestuosos respecto a AS no incestuosos, aunque no significativo (Tabla X). Se consideró conflicto con el sexo en sí, a la existencia de vivencias y sentimientos de tono negativo, concientes o inconcientes, con conductas manifiestas o no,

detectables clínicamente o a través de técnicas diagnósticas proyectivas, en relación a temas que involucran al sexo. Se entendió su surgimiento como producto de la existencia de necesidades contrapuestas, tanto a nivel intrapsíquico como interpersonal (por ej. temor, culpa, preocupación, angustia, vergüenza, vivencia de suciedad, amenaza, etc.).

Respecto al **tiempo de duración del abuso**, dentro de los 96 casos de abuso sexual perpetuado, en 25 no contamos con información sobre la duración o prolongación en el tiempo del abuso, mientras que dentro de los 71 casos restantes, la duración fue de un año o más en 47 casos (66,2%), de uno a 11 meses en otros 21 (29,6%) y de día/s en sólo 3 (4,2%). En consecuencia sobre los 71 casos de AS perpetuado con información, se decidió considerar directamente la frecuencia del indicador “abuso sexual perpetuado \geq 1 año”. Así planteado, **la frecuencia de perpetuación por un año o más es claramente mayor en el grupo de los AS Incestuosos respecto a AS No Incestuosos (80,9% versus 37,5% respectivamente; $p < 0,001$, Tabla X).**

También dentro de los 96 casos de AS perpetuado, se consideró el **tiempo que duró el secreto**, pudiendo tratarse de mes/es, año/s o de tiempo no detectado o desconocido. Se evaluaron las citadas categorías, como se muestra en tabla X, observándose una **diferencia significativa en la duración del secreto que perduró año/s en los AS Incestuosos y mes/es en los AS No Incestuosos ($p < 0,001$).**

El dato sobre **protección de la madre** se conoce en 133 casos, pudiendo tratarse de una postura positiva, negativa o ambigua. Mientras que la protección materna tendió a ser positiva en casos de AS No Incestuoso (rara vez negativa), **en casos de AS Incestuoso fue mucho más frecuente la protección negativa o ambigua ($p < 0,001$; Tabla X).**

3.3.2 Relación de Variables en Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso con Diagnósticos según DSM IV y CFTMEA-R-2000

Recordemos que las Expresiones Psicopatológicas más frecuentes fueron el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y Trastornos del Aprendizaje (TA) por el lado de la clasificación DSM-IV; Síndrome de Estrés Postraumático (SEP) y Trastornos Neuróticos (TN) por el lado de la clasificación CFTMEA.-R-2000.

Se analizó la frecuencia conjunta (bivariada) de TEP y TA por un lado (tabla XI) y de SEP y TN por el otro (tabla XII), pudiendo apreciarse que dichas distribuciones conjuntas de frecuencias se mostraron estadísticamente independientes de la condición de incesto. De dichas tablas también se puede inferir que, la probabilidad de simultaneidad de

cada par de trastornos frecuentes (TEP + TA o SEP + TN), siempre se mostró menor que la de cada uno de sus componentes por separado y hasta incluso menor que la ausencia de ambos.

Tabla XI.- Frecuencia conjunta del Trastorno de Estrés Postraumático y los Trastornos de aprendizaje (DSM-IV) en el conjunto de casos de Abuso Sexual y desagregado de acuerdo a la condición o no de incesto.

Frecuencia conjunta (bivariada) de Trastorno de Estrés Postraumático y Trastornos del Aprendizaje	Toda la muestra n (%)	AS. Incestuoso n (%)	AS. No incestuoso n (%)	p
Trastorno de estrés postraumático (TEP)	60 (42,9)	34 (43,6)	26 (41,9)	0,182
Trastornos del aprendizaje (TA)	25 (17,9)	10 (12,8)	15 (24,2)	
Ambos (TEP + TA)	18 (12,9)	9 (11,5)	9 (14,5)	
Ninguno	37 (26,4)	25 (32,1)	12 (19,4)	

Tabla XII.- Frecuencia conjunta del Síndrome de Estrés Postraumático y los Trastornos Neuróticos (CFTMEA R-2000) en el conjunto de casos de Abuso Sexual y desagregado de acuerdo a la condición o no de incesto.

Frecuencia conjunta (bivariada) de Síndrome de Estrés Postraumático y Trastornos Neuróticos	Toda la muestra n (%)	AS. Incestuoso n (%)	AS. No incestuoso n (%)	P
Síndrome de estrés postraumático (SEP)	43 (30,7)	22 (28,2)	21 (33,9)	0,802
Trastornos Neuróticos (TN)	34 (24,3)	20 (25,6)	14 (22,6)	
Ambos (SEP + TN)	24 (17,1)	15 (19,2)	9 (14,5)	
Ninguno	39 (27,9)	21 (26,9)	18 (29,0)	

3.3.2.1 Relación de Variables en Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso con Diagnósticos según DSM IV

Si bien no se aprecia relación significativa a simple vista entre tipo de Funcionamiento psicopatológico y distribución conjunta de TEP/TA del DSM-IV en casos de AS Incestuoso ($p = 0,189$; Tabla XIII), **un análisis en mayor profundidad y potencia nos permitió observar que la frecuencia de un funcionamiento neurótico (con o sin componente reactivo asociado) es significativamente mayor en presencia de Trastorno del Aprendizaje ($n = 16/19$, 84,2%) que en ausencia del mismo ($n = 31/59$, 52,5%) (χ^2 ; $p = 0,014$).** Invirtiendo la dirección de la relación, puede leerse también que de 47 con funcionamiento neurótico 16 muestran Trastorno de Aprendizaje, mientras que de 31 sin funcionamiento neurótico sólo 3 muestran Trastorno de Aprendizaje (34,0% vs. 9,7% respectivamente; $p = 0,014$).

Estos resultados se reproducen en los casos de AS No Incestuoso ($p = 0,178$; Tabla XIV), donde igual análisis en profundidad y potencia permitió corroborar mayor funcionamiento neurótico en presencia de Trastorno del Aprendizaje ($n =$

16/24, 66,7%) que en ausencia del mismo (n = 14/38, 36,8%) (χ^2 ; $p = 0,022$). Invertiendo la dirección de la relación, puede leerse también que de 30 con funcionamiento neurótico 16 muestran Trastorno de Aprendizaje mientras de 32 sin funcionamiento neurótico sólo 8 muestran Trastorno de Aprendizaje (53,3% vs. 25,0% respectivamente; $p = 0,022$).

Si se consideran los AS Incestuosos y AS No Incestuosos en conjunto, incrementando con ello el poder de la prueba, se puede detectar una **asociación significativa entre funcionamiento reactivo y TEP ($p = 0,005$)**, de 78 casos con TEP 68 tienen funcionamiento reactivo mientras de 62 sin TEP 42 tienen funcionamiento reactivo (87,2% vs. 67,7% respectivamente). Expresado de otro modo de 110 con funcionamiento reactivo 68 presentan TEP, mientras que de 30 sin funcionamiento reactivo 10 presentan TEP (61,8% vs. 33,3% respectivamente).

Mientras más pequeña sea la víctima a la consulta, mayor la probabilidad de un funcionamiento reactivo ($p = 0,004$), también en alguna medida si la víctima es de género femenino. Comparando el funcionamiento reactivo en mujeres ≤ 8 años, (92,7%) vs. varones > 8 años (50%) nos da una $p = 0,0007$ con Test Exacto de Fisher.

Aunque no significativo, **el funcionamiento neurótico** en términos generales resultaría por el contrario más frecuente en el sexo masculino respecto al femenino (72,7% vs. 51,7%; $p = 0,069$); y la probabilidad se **incrementa linealmente con la edad de la víctima ($p < 0,001$)**.

Como era lógico suponer, la sola presencia de TA (con o sin TEP asociada) guardó asociación significativa con el indicador de aprendizaje escolar alterado, tanto en condición AS Incestuoso (Tabla XIII) como AS No Incestuoso (Tabla XIV). Analizando el conjunto de pacientes sin discriminar condición de incesto, así como AS Incestuoso y AS No Incestuoso por separado, **no se verifica asociación significativa entre TEP y aprendizaje escolar alterado** (los resultados no se muestran).

A la inversa de la situación anterior, **la presencia de TEP (con o sin TA asociado) guardó asociación significativa con una “conducta sexualizada”, tanto en condición AS Incestuoso (Tabla XIII) como As No Incestuoso (Tabla XIV)**. Tomando la muestra en su conjunto, se puede observar que de 78 casos con TEP, 21 presentan conducta sexualizada (26,9%), en tanto de 62 sin TEP sólo 1 presenta conducta sexualizada (1,6%) (χ^2 ; $p < 0,001$); o bien invirtiendo el sentido de la relación, de 22 con conducta sexualizada 21 presentan TEP (95,5%) en tanto de 118 sin conducta sexualizada 57 presentan TEP (48,3%). El Trastorno de Aprendizaje no guardó relación con la presencia o no de conducta sexualizada en el conjunto de la muestra (χ^2 ; $p = 0,165$).

Es importante destacar en este punto que la “conducta sexualizada” no guardó relación con el género de la víctima ni tampoco con el Tipo de Funcionamiento Psicopatológico, aunque **sí dependió significativamente de la edad del paciente a la consulta, observándose este comportamiento en 11 de 36 casos < 6 años, en 11 de 67 con 6-12 años y en ninguno de 33 casos > 12 años (30,6%, 16,4% y 0% respectivamente; χ^2 tendencia lineal, $p = 0,001$).**

Se observó una asociación entre el tipo de protección de la madre y las **Expresiones Psicopatológicas (DSM-IV) en casos de AS Incestuoso (Tabla XIII; $p = 0,042$)**, no así en casos de AS no incestuosos (Tabla XIV). Obedecería a una significativa asociación entre **menor frecuencia de “protección positiva” y Trastornos del Aprendizaje (con o sin TEP asociado)**, donde de en 17 casos de AS Incestuoso con TA sólo 1 tuvo protección materna positiva (5,9%) contra 56 casos de AS Incestuoso sin TA, 19 correspondían a protección materna positiva (33,9%); o bien en sentido inverso, TA se hallaría en 1 de 20 casos con protección positiva (5,0%) pero en 16 de 53 casos con protección negativa o ambigua (30,2%).

Tabla XIII.- Distribución de frecuencia comparada de un conjunto de variables de interés en función de categorías conformadas con la distribución bivariada del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y Trastorno del Aprendizaje (TA) de la clasificación diagnóstica **DSM-IV** en víctimas de Abuso Sexual Incestuoso (**ASI**).

CONJUNTO DE VARIABLES	No TEP ni TA	TEP	TA	TEP+TA	P
	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)	
Tipo funcionamiento psicopatológico					
Reactivo	9/25 (36,0)	13/34 (38,2)	-----	1/9 (11,1)	0,189
Neurótico	5/25 (20,0)	2/34 (5,9)	2/10 (20,0)	2/9 (22,2)	
Mixto	8/25 (32,0)	16/34 (47,1)	6/10 (60,0)	6/9 (66,7)	
Otro	3/25 (12,0)	3/34 (8,8)	2/10 (20,0)	-----	
Aprendizaje Escolar alterado	7/17 (41,2)	7/16 (43,8)	10/10 (100)	9/9 (100)	< 0,001
Sexualidad					
Conducta sexualizada	1/25 (4,0)	14/34 (41,2)	0/10 (0,0)	0/9 (0,0)	< 0,001
Conflicto con el sexo	18/25 (72,0)	25/34 (73,5)	9/10 (90,0)	9/9 (100)	0,228
AS perpetuado \geq 1 año	10/11 (90,9)	15/21 (71,4)	7/8 (87,5)	6/7 (85,7)	0,521
Duración del secreto (en abuso reiterado)					
Mes/es	2/21 (9,5)	6/29 (20,7)	1/10 (10,0)	0/9 (0,0)	0,635
Año/s	12/21 (57,1)	15/29 (51,7)	7/10 (70,0)	7/9 (77,8)	
Sin dato / no detectado	7/21 (33,3)	8/29 (27,6)	2/10 (20%)	2/9 (22,2)	
Protección de la madre					
Positiva	6/24 (25,0)	13/32 (40,6)	1/8 (12,5)	0/9 (0,0)	0,042
Negativa	12/24 (50,0)	6/32 (18,8)	2/8 (25,0)	5/9 (55,6)	
Ambigua	6/24 (25,0)	13/32 (40,6)	5/8 (62,5)	4/9 (44,4)	

Tabla XIV.- Distribución de frecuencia comparada de un conjunto de variables de interés en función de categorías conformadas con la distribución bivariada del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y Trastorno del Aprendizaje (TA) de la clasificación diagnóstica **DSM-IV** en víctimas de Abuso Sexual No Incestuoso (**ASNI**).

CONJUNTO DE VARIABLES	No TEP ni TA	TEP	TA	TEP+TA	p
	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)	
Tipo funcionamiento psicopatológico					
Reactivo	5/12 (41,7)	18/26 (69,2)	5/15 (33,3)	2/9 (22,2)	0,178
Neurótico	2/12 (16,7)	1/26 (3,8)	4/15 (26,7)	2/9 (22,2)	
Mixto	4/12 (33,3)	7/26 (26,9)	5/15 (33,3)	5/9 (55,6)	
Otro	1/12 (8,3)	-----	1/15 (6,7)	-----	
Aprendizaje Escolar alterado	0/7 (0,0)	5/17 (29,4)	13/14 (92,9)	9/9 (100)	< 0,001
Sexualidad					
Conducta sexualizada	0/12 (0,0)	3/26 (11,5)	0/15 (0,0)	4/9 (44,4)	0,004
Conflicto con el sexo	7/12 (58,3)	16/26 (61,5)	10/15 (66,7)	8/9 (88,9)	0,448
AS perpetuado ≥ 1 año	3/5 (60,0)	2/7 (28,6)	3/6 (50,0)	1/6 (16,7)	0,419
Duración del secreto (en abuso reiterado)					
Mes/es	3/5 (60,0)	5/8 (62,5)	2/7 (28,6)	4/7 (57,1)	0,668
Año/s	2/5 (40,0)	2/8 (25,0)	3/7 (42,9)	1/7 (14,3)	
Sin dato / no detectado	0/5 (0,0)	1/8 (12,5)	2/7 (28,6)	2/7 (28,6)	
Protección de la madre					
Positiva	9/12 (75,0)	16/26 (61,5)	6/13 (46,2)	4/9 (44,4)	0,608
Negativa	1/12 (8,3)	2/26 (7,7)	3/13 (23,1)	1/9 (11,1)	
Ambigua	2/12 (16,7)	8/26 (30,8)	4/13 (30,8)	4/9 (44,4)	

3.3.2.2 Relación de Variables en Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso con Diagnósticos según CFTMEA-R- 2000

Considerando las expresiones psicopatológicas frecuentes de la clasificación francesa, observamos en primera instancia que guardaron una **asociación estadísticamente significativa con los tipos de funcionamiento psicopatológico, tanto en casos de AS Incestuosos (Tabla XV) como en los AS No Incestuosos (Tabla XVI)**, aunque con ligeras diferencias entre dichos grupos de pacientes.

En casos AS Incestuoso, como se apreciará también en otras oportunidades más adelante, pareciera existir un “gradiente” patológico que parte de “No SEP ni TN” hacia “SEP+TN”, donde en general las características analizadas se irían modificando (empeorando, mejorando o cambiando de categoría frecuente) de manera más o menos lineal dentro de dicho gradiente. Para el caso de los tipos de funcionamiento psicopatológico en pacientes con AS incestuoso, el predominio del funcionamiento reactivo guardó correlación con el punto inicial del gradiente mencionado, mientras que el funcionamiento neurótico y mixto incrementarían a medida que lo hace la frecuencia del diagnóstico TN y de SEP+TN (Tabla XV). Similar fenómeno se reprodujo en los casos de AS No Incestuoso (Tabla XVI).

Respecto al gradiente antes mencionado, debe en este punto aclararse que la distribución conjunta de SEP y TN guarda también relación significativa con la edad a la consulta del paciente, no así con el género. **Sin tomar en consideración la condición de incesto, la edad promedio \pm desvío estándar resulta $6,2 \pm 3,6$ años para pacientes “No SEP ni TN”, $8,3 \pm 3,5$ años para SEP , $10,8 \pm 3,1$ años para TN y $11,2 \pm 3,9$ años para SEP+TN respectivamente (ANOVA una vía; $p < 0,001$), con lo cual se observa que el gradiente patológico pudiera responder en mayor o menor medida a un sesgo de edad, al igual que la mayoría de los cambios producidos en las características analizadas en relación a Expresiones Psicopatológicas frecuentes de la clasificación francesa.**

El porcentaje de casos con **aprendizaje escolar** alterado no pareció variar significativamente en relación al gradiente patológico SEP-TN, en AS incestuoso ni en AS no incestuoso (Tablas XV y XVI).

Tabla XV.- Distribución de frecuencia comparada de un conjunto de variables de interés en función de categorías conformadas con la distribución bivariada del Síndrome de Estrés Posttraumático (SEP) y Trastornos Neuróticos (TN) de la clasificación diagnóstica CFTMEA-R-2000 en víctimas de Abuso Sexual Incestuoso (ASI).

CONJUNTO DE VARIABLES	No SEP ni TN n/N (%)	SEP n/N (%)	TN n/N (%)	SEP+TN n/N (%)	P
Tipo funcionamiento psicopatológico					
Reactivo	15/21 (71,4)	8/22 (36,4)	-----	-----	< 0,001
Neurótico	-----	2/22 (9,1)	7/20 (35,0)	2/15 (13,3)	
Mixto	2/21 (9,5)	9/22 (40,9)	12/20 (60,0)	13/15 (86,7)	
Otro	4/21 (19,0)	3/22 (13,6)	1/20 (5,0)	-----	
Aprendizaje Escolar alterado	5/9 (55,6)	7/12 (58,3)	12/18 (66,7)	9/13 (69,2)	0,886
Sexualidad					
Conducta sexualizada	3/21 (14,3)	9/22 (40,9)	0/20 (0,0)	3/15 (20,0)	0,008
Conflicto con el sexo	11/21 (52,4)	18/22 (81,8)	19/20 (95,0)	13/15 (86,7)	0,006
AS perpetuado \geq 1 año	4/5 (80,0)	9/13 (69,2)	14/15 (93,3)	11/14 (78,6)	0,441
Duración del secreto (en abuso reiterado)					
Mes/es	2/16 (12,5)	4/20 (20,0)	1/18 (5,6)	2/15 (13,3)	* 0,001
Año/s	6/16 (37,5)	9/20 (45,0)	14/18 (77,8)	12/15 (80,0)	
Sin dato / no detectado	8/16 (50,0)	7/20 (35,0)	3/18 (16,7)	1/15 (6,7)	
Protección de la madre					
Positiva	8/20 (40,0)	9/21 (42,9)	2/18 (11,1)	1/14 (7,1)	* 0,013
Negativa	7/20 (35,0)	4/21 (19,0)	7/18 (38,9)	7/14 (50,0)	
Ambigua	5/20 (25,0)	8/21 (38,1)	9/18 (50,0)	6/14 (42,9)	

* Se utilizó prueba de Chi cuadrado para tendencia lineal de proporciones. En el resto de los casos se aplicó prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Tabla XVI.- Distribución de frecuencia comparada de un conjunto de variables de interés en función de categorías conformadas con la distribución bivariada del Síndrome de Estrés Posttraumático (SEP) y Trastornos Neuróticos (TN) de la clasificación diagnóstica CFTMEA-R-2000 en víctimas de Abuso Sexual No Incestuoso (ASNI).

CONJUNTO DE VARIABLES	No SEP ni TN	SEP	TN	SEP+TN	P
	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)	n/N (%)	
Tipo funcionamiento psicopatológico					
Reactivo	14/18 (77,8)	15/21 (71,4)	1/14 (7,1)	----	< 0,001
Neurótico	----	2/21 (9,5)	6/14 (42,9)	1/9 (11,1)	
Mixto	2/18 (11,1)	4/21 (19,0)	7/14 (50,0)	8/9 (88,9)	
Otro	2/18 (11,1)	----	----	----	
Aprendizaje Escolar alterado	5/8 (62,5)	6/17 (35,3)	8/13 (61,5)	8/9 (88,9)	0,065
Sexualidad					
Conducta sexualizada	1/18 (5,6)	5/21 (23,8)	0/14 (0,0)	1/9 (11,1)	0,129
Conflicto con el sexo	8/18 (44,4)	15/21 (71,4)	10/14 (71,4)	8/9 (88,9)	0,098
AS perpetuado ≥ 1 año	2/6 (33,3)	1/6 (16,7)	4/7 (57,1)	2/5 (40,0)	0,508
Duración del secreto (en abuso reiterado)					
Mes/es	4/6 (66,7)	4/7 (57,1)	3/8 (37,5)	3/6 (50,0)	0,781
Año/s	1/6 (16,7)	1/7 (14,3)	4/8 (50,0)	2/6 (33,3)	
Sin dato / no detectado	1/6 (16,7)	2/7 (28,6)	1/8 (12,5)	1/6 (16,7)	
Protección de la madre					
Positiva	10/17 (58,8)	13/21 (61,9)	8/13 (61,5)	4/9 (44,4)	0,862
Negativa	2/17 (11,8)	1/21 (4,8)	2/13 (15,4)	2/9 (22,2)	
Ambigua	5/17 (29,4)	7/21 (33,3)	3/13 (23,1)	3/9 (33,3)	

Más evidente el fenómeno en casos AS Incestuoso que en AS No Incestuoso, la conducta sexualizada parece guardar relación directa con la presencia de SEP, pero a su vez condicionada por la edad del paciente. Omitiendo la condición de incesto, en 33 pacientes > 12 años no se observaría ningún caso de conducta sexualizada a pesar de que la mitad de ellos tiene diagnóstico de SEP, mientras que en sus pares de **hasta 12 años, 21 de 62 casos con SEP (33,9%) contra 1 de 41 sin SEP (2,4%) presentan una conducta sexualizada (χ^2 ; $p < 0,001$);** o bien invirtiendo el resultado, 21 de 22 casos < 12 años con conducta sexualizada (95,5%) contra 41 de 81 casos de igual edad sin conducta sexualizada (50,6%) tendrían el diagnóstico de SEP.

En cuanto a “conflicto con el sexo en sí”, en pacientes con AS Incestuoso como AS No Incestuoso (Tablas XV y XVI), cuando SEP y TN están ausentes en el diagnóstico la tendencia es a observar menor probabilidad de conflicto. **La presencia de uno de estos diagnósticos o de ambos, se relacionaría a mayor conflicto con el sexo y viceversa, siendo significativa para el AS Incestuoso.**

Una mayor duración o perpetuación del abuso sexual no pareció mostrar relación con el gradiente patológico SEP-TN, se trate de un AS Incestuoso o un AS No Incestuoso (Tabla XV y XVI). Sin embargo, aunque sólo evidente o limitado a casos AS Incestuoso (Tabla XV), **la proporción de casos con una duración prolongada del secreto (año/s) incrementaría linealmente con el gradiente patológico (hacia la derecha), al tiempo que simultáneamente disminuye la proporción de casos con secreto no detectado ($p = 0,001$).**

El gradiente patológico SEP-TN también guardó correlación con el tipo de protección de la madre, aunque sólo evidente o limitado también a casos de AS Incestuoso (Tabla XV), donde se puede apreciar cómo progresivamente (hacia la derecha) disminuye la proporción de protección positiva e incrementa paralelamente la de protección negativa - ambigua a mayor gradiente patológico.

3.3.3 Correlaciones en Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso entre Diagnósticos y Evaluación Global de Actividades

En cuanto a los puntajes medios de funcionamiento en relación a las expresiones psicopatológicas en casos de AS Incestuoso, se rescata como dato significativo un **puntaje EEGAR medio más bajo en casos con diagnóstico de Trastorno de Aprendizaje (DSM IV) (Tabla XVII) y en casos con diagnóstico de Trastornos Neuróticos (CFTMEA-R-2000) (Tabla XIX)**. No se observó relación entre puntajes de funcionamiento y TEP o SEP en casos de AS Incestuoso, tampoco se notó tendencia significativa a peores valores con la conjunción de diagnósticos TEP+TA o SEP+TN (Tablas XVII y XIX).

En casos de AS No Incestuoso, se reprodujo también la relación de menor puntaje EEGAR medio en casos con diagnóstico de Trastorno de Aprendizaje (DSM IV) (Tabla XVIII) y en casos con diagnóstico de Trastornos Neuróticos (CFTMEA-R-2000) (Tabla XX). Sin embargo, en este grupo a diferencia de los de AS Incestuoso, **adicionalmente se pudo apreciar un significativo menor puntaje medio en la escala EEAG en relación a TA (Tabla XVIII)**. Por otro lado, se destaca que si bien en casos de AS No Incestuoso se muestra escaso el efecto de SEP o TN sobre puntajes medios de ambas escalas (Tabla XX), cuando ambos diagnósticos confluyeron (SEP+TN) los puntajes tendieron a disminuir casi a un nivel significativo

Tabla XVII.- Puntajes medios del funcionamiento global psicológico, social y escolar del niño (EEAG) y Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) en casos de Abuso Sexual Incestuoso (ASI) en relación al diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y Trastornos del Aprendizaje (TA) de la clasificación DSM-IV.

Escore	TEP			TA			TEP+TA		
	No	Si	p	No	Si	p	No	Si	p
n	35	43		59	19		69	9	
EEAG	48,3 (12,3)	49,4 (10,3)	0,659	49,7 (12,0)	46,6 (7,8)	0,202	49,3 (11,7)	46,1 (5,5)	0,185
EEGAR	38,6 (16,8)	43,7 (16,8)	0,181	43,7 (17,3)	34,2 (13,4)	0,031	42,3 (17,1)	34,4 (14,0)	0,189

Los valores en tabla representan a media aritmética y desvío estándar entre paréntesis.

p: Test de Student a dos colas con ajuste de grados de libertad de acuerdo a homogeneidad de varianzas (test de Levene).

Tabla XVIII.- Puntajes medios del funcionamiento global psicológico, social y escolar del niño (EEAG) y Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) en casos de Abuso Sexual No Incestuoso (ASNI) en relación al diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y Trastornos del Aprendizaje (TA) del DSM-IV.

Escore	TEP			TA			TEP+TA		
	No	Si	p	No	Si	p	No	Si	p
n	27	35		38	24		53	9	
EEAG	57,2 (16,8)	53,7 (11,6)	0,359	60,4 (14,3)	47,1 (9,3)	< 0,001	57,0 (14,4)	45,0 (6,1)	< 0,001
EEGAR	53,7 (16,2)	56,6 (11,9)	0,424	61,3 (12,1)	45,8 (11,0)	< 0,001	56,7 (14,5)	47,2 (3,6)	< 0,001

Los valores en tabla representan a media aritmética y desvío estándar entre paréntesis.

p: Test de Student a dos colas con ajuste de grados de libertad de acuerdo a homogeneidad de varianzas (test de Levene)

Tabla XIX.- Puntajes medios del funcionamiento global psicológico, social y escolar del niño (EEAG) y Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) en casos de Abuso Sexual Incestuoso (ASI) en relación al diagnóstico de Síndrome de Estrés Postraumático (SEP) y Trastornos Neuróticos (TN) de la clasificación CFTMEA-R2000.

Escore	SEP			TN			SEP+TN		
	No	Si	p	No	Si	p	No	Si	p
n	41	37		43	35		63	15	
EEAG	49,3 (11,6)	48,5 (10,8)	0,768	48,5 (12,4)	49,4 (9,6)	0,707	49,2 (11,7)	47,7 (8,8)	0,635
EEGAR	39,4 (17,8)	43,7 (15,8)	0,268	45,5 (17,7)	36,4 (14,6)	0,018	42,7 (17,2)	36,0 (14,4)	0,168

Los valores en tabla representan a media aritmética y desvío estándar entre paréntesis.

p: Test de Student a dos colas con ajuste de grados de libertad de acuerdo a homogeneidad de varianzas (test de Levene).

Tabla XX.- Puntajes medios del funcionamiento global psicológico, social y escolar del niño (EEAG) y Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) en casos de Abuso Sexual No Incestuoso (ASNI) en relación al diagnóstico de Síndrome de Estrés Postraumático (SEP) y Trastornos Neuróticos (TN) de CFTMEA-R2000.

Escore	SEP			TN			SEP+TN		
	No	Si	p	No	Si	p	No	Si	p
n	32	30		39	23		53	9	
EEAG	56,4 (16,3)	54,0 (11,5)	0,502	55,9 (15,4)	54,1 (11,8)	0,637	56,2 (14,7)	49,4 (8,1)	0,059
EEGAR	56,9 (17,1)	53,7 (9,4)	0,360	57,8 (14,9)	51,1 (10,9)	0,046	56,2 (14,5)	50,0 (8,3)	0,084

Los valores en tabla representan a media aritmética y desvío estándar entre paréntesis.

p: Test de Student a dos colas con ajuste de grados de libertad de acuerdo a homogeneidad de varianzas (test de Levene).

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

A Primera Sección

4.1 Hallazgos de las Principales Características del Abuso Sexual de la Muestra

Dentro de los 140 casos de la muestra, predominaron las víctimas de género femenino, 5.4 mujeres por cada varón, la mayoría de las veces el primer o segundo hijo y las hermandades de 3 o más hermanos; la edad promedio para ambos sexos se halló entre 8 y 9 años sin diferencias significativas.

Los abusos fueron más frecuentes en las familias nucleares propiamente dichas; sin embargo lo que pareciera ser especialmente importante, es tener en cuenta que si tomamos todos los grupos nucleares, el propiamente dicho y las variaciones (ampliado, modificado, ensamblado) (96 casos, 68,6% del total, es decir la mayor parte de los casos) todos ellos tienen la particularidad de poseer entre los integrantes, un hombre y una mujer que constituyen una pareja conviviente, con funciones parentales. Si se suman todas las configuraciones familiares diferentes a la primera, los AS predominan en el conjunto resultante.

Las madres, fueron en forma significativa, más jóvenes cuando el AS fue incestuoso que en los no incestuosos; las edades de las mismas predominaron entre los 30 y 39 años.

Si tenemos en cuenta el alto porcentaje de convivencia de las madres en tiempo del AS, este dato es importante porque evidencia falencias en la función parental de protección en la mayor parte de los casos.

La tendencia, muy alta aunque no significativa, fue de mayor proporción de Va de género femenino en el AS familiar incestuoso, mientras que con Va masculina predominaron los victimarios no familiares.

El padre biológico fue el Vo más frecuente, seguido de los No Familiares conocidos. Nótese en relación a esto, que los dos únicos embarazos en la casuística, fueron producidos por un padre y un conocido no familiar.

En los casos con víctima masculina, hay un significativo incremento lineal de la frecuencia de victimario No Familiar al aumentar la edad de la Va.

Con la Va femenina, hubo una tendencia muy alta aunque no significativa a que el Vo sea familiar incestuoso. Este se considera un dato importante para tomar medidas preventivas en aquellos casos en que habiéndose comprobado un abuso, no se puede detectar el victimario dado el frecuente ocultamiento.

Los motivos por los que la mujer, tiene mayor posibilidad de ser abusada sexualmente por un miembro del núcleo familiar en un relación incestuosa, mientras que el varón, respecto a la mujer, tiene más posibilidades de ser abusado por una persona que no es de la familia, puede tener que ver con características socioculturales en nuestra comunidad; la mujer tiene asignado un rol de servicio sexual al hombre, siendo más preservada comúnmente de los peligros externos al grupo, mientras del varón se espera por el solo hecho de su condición masculina, la posibilidad de autodefensa. Por otro lado deben considerarse las características del victimario, ya que en todos los casos en que ambos, Vo y Va fueron mujeres, hubo claros indicadores de homosexualidad en el Vo, siendo los mismos conocidos no familiares. Si bien no puede generalizarse por el bajo número de casos, es interesante la semejanza con los casos de víctimas y victimarios ambos varones en los que es importante el número de Vo no familiares. Teniendo en cuenta que en nuestra casuística el 98,6% de victimarios son varones, podría esperarse una conciente inclinación homosexual del Vo cuando la Va es varón.

Es posible que muchos abusos por mujeres, queden sub-registrados, pues no suele interpretarse como abuso, la actividad sexual de mujeres mayores con menores varones, considerándose este caso como un indicador de virilidad del niño y no de abuso de la mujer, lo que denota una interpretación de pasividad en lo sexual por parte de la mujer cualquiera sea la circunstancia.

Tomando todos los casos con familias nucleares más sus variantes, se pudo concluir que la posibilidad de abuso incestuoso, es significativamente mayor en las configuraciones variantes de nuclear, frente a las familias nucleares propiamente dichas.

Se observó asociación significativa de AS Incestuoso con algunas características del entorno familiar, tales como, maltrato físico, delincuencia, conducta sexual de riesgo y otro hermano abusado, existiendo junto a estas circunstancias, una muy alta posibilidad de abuso incestuoso en relación al no incestuoso: 10 a 1 en contexto de violencia familiar, también 10 a 1 si se observan conductas sexuales de riesgo dentro del grupo de convivientes, 6 a 1 si se tiene indicadores de delincuencia y 5 a 1 si algún hermano víctima de AS; esto podría expresar que la existencia de transgresiones a las normas, facilita a su vez la suma de otras transgresiones. El alcoholismo tuvo una alta frecuencia aunque no llegó a ser significativa; influiría en el Vo a través de su efecto desinhibitorio, disminuyendo los controles en relación a conductas sexuales y promoviendo otras conductas violentas en el medio. Estas generan miedo y como consecuencia del mismo, puede disminuir o quedar anulada la capacidad protectora de otros integrantes.

Fue muy alta la comunicación directa y detallada del abuso por parte de la víctima, sumada a la comunicación indirecta a través de simbolismos específicos (ver hallazgos en pruebas proyectivas gráficas y verbales en Anexo), un 82,1 % de los casos, pudieron expresarse sobre la experiencia.

El porcentaje de víctimas con fracaso escolar, manifestado por retraso en la escolaridad o abandono, fue muy alto (cerca de la mitad de casos), observándose que asimismo los que concurrían a la escuela en forma correspondiente, tenían en gran medida dificultades, tanto en el aprendizaje como sociales.

El hallazgo de alteraciones genitales en relación al trauma fue elevado. Si consideramos que el 77,5% tuvo compromiso físico, es importante la correlación entre la comunicación del AS por parte de la Va y alguna expresión física relacionada. Esta es una observación importante, a la hora de considerar la verosimilitud de los relatos en casos con tocamientos y prácticas orales, que no dejan registro físico.

Casi el 20% de los casos (23 del total) debió ser internado por causa del abuso sexual lo que alerta sobre la gravedad del riesgo físico de muchos abusos sexuales.

Dentro de la repercusión física con consecuencias no deseables, se halla la posibilidad de embarazos, lo que se detectó en 2 menores; el riesgo de ocurrencia existió en la cuarta parte de las víctimas mujeres de la casuística, más de la mitad de ellas dentro de una relación incestuosa, con el padre biológico como Vo en el 55,5% de los casos; es de resaltar, que la niña de 12 años que llevaba adelante un embarazo en contra de su voluntad, por orden judicial, sufría un estrés postraumático, presentando contenidos conflictivos en relación al embarazo. Esto suma a los riesgos físicos propios de un embarazo, gravísimas consecuencias psicológicas y sociales, en un organismo que no se halla en las condiciones biológicas y psicológicas indispensables para afrontar esta situación.

Los tipos de abuso consistentes en tocamiento genital y penetración peneana predominaron en forma prácticamente idéntica (51 y 49 casos) solos o combinados conformaron los tres patrones más frecuente de AS, quedando el cuarto constituido por prácticas que no tuvieron ninguno de estos dos tipos (19 casos). Las prácticas orales, fueron más frecuentes cuando formaron parte de abusos de varios tipos combinados (tocamiento, penetración peneana, oral) y en segundo lugar como práctica no acompañada de tocamiento genital ni penetración peneana.

El lugar de ocurrencia del abuso, cuando el Vo fue un extraño fue siempre en espacio exterior; cuando fue un conocido no familiar, la mayoría de las veces (mitad de los casos) fue en la casa del mismo, mientras que el resto se repartió entre la casa de la Va,

vivienda común a ambos y escuela o guardería; cuando el Vo fue un familiar no incestuoso, la distribución fue semejante al caso anterior, pero elevándose la frecuencia de la vivienda común, mientras que cuando el Vo fue incestuoso, la mayoría (64,1%) fue en la casa donde ambos convivían, y el resto se repartió entre las viviendas de la Va o del Vo, siendo excepcional la ocurrencia en otro lugar.

Es claro en los resultados, el aumento de la ocurrencia de AS ligada a la convivencia, a medida que se avanza, desde el abusador extraño al conocido, al familiar no incestuoso, para concluir con el familiar incestuoso, totalmente amparado en la intimidad de la propia vivienda.

La mayor parte de los casos fueron denunciados, existiendo una proporción significativa de denuncias posterior a la asistencia, en los niños menores de 12 años, mientras fue previa a la asistencia en los mayores de 12 años; esto puede deberse, a que es difícil aceptar este tipo de hecho con los menores, además los responsables suelen creer con más facilidad el relato de niños mayores, prefiriendo que los indicadores que se refieren a sintomatología y modos de comunicación, sean interpretados en forma previa por profesionales especializados, a fin de reasegurarse para no complicar con temas judiciales a niños muy pequeños.

Es de mucha importancia que la mayoría de los casos presentó perpetuación del AS, resultando la misma significativamente elevada dentro de los casos incestuosos, respecto al conjunto del resto de casos, existiendo en los mismos un riesgo de perpetuación del AS casi 10 veces mayor. No se observó una diferencia significativa en la posibilidad de perpetuación entre los casos con Vo conocido y Vo Familiares No Incestuosos. Respecto a la comprensión de estos hechos, puede ser de interés la consideración de las características psicopatológicas del Vo: según Sanz y Molina la mayoría de los investigadores y clínicos especializados en el estudio de ofensores sexuales, encuentran que una considerable cantidad de ellos son una mezcla de las tipologías “abusador paidofílico” y “abusador regresivo” en los que los componentes de desviación perversa de la sexualidad se hallan presentes, reforzando la postura referida a la existencia de características estructurales de personalidad de los abusadores sexuales. Anna C. Salter (1995) afirma que es más ajustado a la realidad pensar el abuso sexual como un “ciclo desviado” de pensamientos, sentimientos y conductas, que culminan en un ataque sexual. El AS es altamente repetitivo, compulsivo y planeado y por estas características toma prestado según algunos autores (Laws, 1983; Pithers, 1988) el modelo de conceptualización de las conductas adictivas. La actuación sexual comparte con otras conductas adictivas el estar focalizada en una

gratificación a corto plazo inmediata, a expensas de las consecuencias mediatas que produce, ambas son repetitivas, alteran el estado de ánimo, se basan en la negación y el secreto, predominan las distorsiones cognitivas que permiten que se perpetúe la conducta; los dos tipos de conductas son recuperables pero no curables, son compulsivas pese a sus consecuencias negativas casi catastróficas. A pesar de las similitudes, hay un aspecto que las diferencia y es que cada acto de agresión sexual involucra en forma directa la victimización de otra persona, planteando por ello consideraciones éticas y legales distintas. Estudios recientes han puesto en duda ciertas premisas como el planteo de que los padres incestuosos no abusan de niños fuera del círculo familiar, demostrando tendencias de los abusadores sexuales a involucrarse en más de un tipo de conducta sexual desviada; se empezó a pensar el abuso sexual en el marco general de las agresiones sexuales y a hacer menos distinciones artificiales entre el “agresor sexual”, (sea este de niños o adultos) o el padre/padrastro incestuoso, incluyéndolo en la categoría de agresor sexual y por ende, pasible de presentar algunas o todas las características que componen el ciclo adictivo de la agresión sexual. Desde este modelo la conducta sexual desviada es un ciclo compuesto de varias fases, dentro de las cuales se halla la de mantener el secreto. Es importante diferenciar todos aquellos factores que se constituyen en necesarios y suficientes para causar abuso y aquellos que pueden incrementar su probabilidad de ocurrencia. Dentro de los primeros, están la *capacidad de excitarse sexualmente con niños y la decisión de actuar sobre esa tendencia* cuya interacción determina que el abuso ocurra según Kathleen Coulborn Faller (1990). Los que pueden incrementar su probabilidad de ocurrencia, tienen que ver con variables como el tipo de apoyo materno y la pobreza de habilidades y/oicas por parte del niño entre otras (69). Lo expuesto anteriormente, es coincidente con los hallazgos en nuestra muestra en cuanto a que la frecuencia de AS perpetuado resultó significativamente más baja en casos cuya madre convive con la víctima y significativamente más alta en casos de maltrato o violencia familiar. En este sentido, las posibilidades de perpetuación del AS no incestuoso con victimario conocido o del entorno familiar, resultarían casi 10 veces mayores en presencia de maltrato o violencia familiar. En relación a ausencia de la madre la perpetuación es también muy elevada, lo que indica su importancia para la función protectora.

Por la edad de las víctimas, se suma la dificultad para discriminar situaciones con significados que requieren de mayor capacidad de abstracción y a cuya clarificación no se accede pues no se puede hablar instaurado el secreto. El agresor ejerce su dominio a partir de la confusión y el miedo principalmente. La Va con su autoestima disminuida, no puede

poner en funcionamiento su capacidad de autodefensa ni confiar en los adultos que la rodean, cuyo rol protector no es ejercido adecuadamente o bien es nulo.

B Segunda Sección

4.2 Diagnósticos y Evaluaciones.

4.2.1 Total de casos Abuso Sexual. Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso

4.2.1.1 Comparación de Expresiones Psicopatológicas en los Distintos Grupos

De los diagnósticos realizados a partir de las dos clasificaciones usadas, se desprende que las expresiones psicopatológicas más frecuentes, que ocuparon el primer y segundo lugar tomando el total de casos, también lo hicieron para los dos grandes grupos incestuoso y no incestuoso. Correspondió el primer lugar al **Trastorno por Estrés Postraumático (TEP-DSM IV)** (55,7% de las víctimas) o **Síndrome de Estrés Postraumático (SEP-CFTMEA R-2000)** (47,1%), en este último sumando lo correspondiente al eje bebé, diferenciado en esta clasificación, (10,7% de las víctimas), se obtuvo un 57,8 % que presentó estado de estrés. Ambas clasificaciones tienen muy alta concordancia según muestran los resultados. Las 4 discordancias corresponden a casos positivos para la clasificación francesa (3 de ellos en el eje bebé) y negativo para DSM-IV en los que se diagnosticó un Estrés Agudo, un Trastorno de Ansiedad no especificado y dos Trastornos Reactivos de la Vinculación en la Infancia (TRVI).

Más de la mitad del conjunto de los casos presentaron este diagnóstico, pero siguiendo al DSM IV la mayoría de ellos (44 de 79 casos) presentaron criterios insuficientes y siempre a expensas del criterio C: *Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general*, no pudiéndose muchas veces completar el número requerido de tres ítems, varios de ellos de difícil detección en niños de hasta por lo menos 8 ó 9 años, al menos en esta población estudiada; sin embargo cumplieron con más ítems que los requeridos en otros criterios, como el B y D (Ver Anexo). Se considera en este sentido que las características evolutivas tienen que ver con lo que se puede detectar en

menores en los que el tipo de pensamiento no permite aún la abstracción necesaria para lo requerido en el criterio C.

Fue evidente el predominio de cuadros muy severos en más de la mitad de los casos diagnosticados y casi un 89% sumando muy severos y severos.

De la comparación de severidad del cuadro (categorías PTSS-C) entre AS Incestuoso y No Incestuoso surge que no hay prácticamente diferencia alguna. La comparación de severidad del cuadro (categorías PTSS-C) tomando AS No Incestuosos con y sin perpetuación del abuso, muestra que las diferencias sin ser significativas indican una **tendencia a favor de la mayor gravedad en el abuso perpetuado**

El Trastorno por Estrés Postraumático producto del abuso sexual en menores, es de la máxima severidad en la mayoría de los casos según nuestra investigación. Los resultados demuestran que la manifestación del cuadro, reflejó la existencia de una experiencia traumática, independientemente de las estructuras de personalidad, las características individuales, familiares o sociales. Este hallazgo es coincidente en alguna medida con el estudio canadiense de Collin-Vézina y Hébert, sobre 67 niñas con edades entre 7 y 12 años, abusadas sexualmente. Los mismos hallaron en ellas altos niveles de disociación y TEP en comparación a niñas no abusadas. En relación al Trastorno por Estrés Postraumático, los autores no encontraron que la relación familiar, o la cronicidad (reiteración a través del tiempo), fueran indicadores de mayor perjuicio; aunque el tipo de abuso más intrusivo que involucró penetración, sí tuvo significativa mayor sintomatología. Este análisis aplicado a la sintomatología disociativa, no mostró diferencia significativa al comparar abusos leves con abusos más intrusivos, de modo que en este caso, la repercusión se debió al abuso sexual per se y no a la severidad de sus formas (15). En coincidencia con nuestros hallazgos Spataro J. y otros, en un estudio prospectivo con 1612 sujetos (1327 mujeres), con edad promedio de 9 años 4 meses, hallaron que los desórdenes de ansiedad y las reacciones de estrés agudo incluyendo el estrés postraumático, fueron la categoría diagnóstica más frecuentemente registrada entre los casos de abuso sexual, con igual predominio en varones que en mujeres. En este estudio, las tasas fueron más altas para los desórdenes mentales de la niñez, los de personalidad, los desórdenes de ansiedad y afectivos importantes, pero no para la esquizofrenia (72). Este último cuadro, así como otras formas de psicosis no fueron detectados en nuestro estudio. Es posible que los AS infantiles, cuando no son asistidos temprana y adecuadamente, puedan evolucionar con procesos psicóticos de algún tipo en períodos evolutivos posteriores. Sería importante realizar investigaciones con seguimiento de casos, aunque la existencia de tratamientos modifica la evolución y por otro lado, es muy

difícil rastrear y discriminar los cuadros sufridos en la infancia, en especial los de los primeros años de vida, en la consulta de pacientes adultos.

Para la clasificación americana siguieron en orden los **Trastornos del Aprendizaje No Específicos (TA)** (30,7%), mientras de acuerdo a la francesa, el segundo gran grupo fue el conjunto de los **Trastornos Neuróticos (TN)** (41,4%).

Los Trastornos del Aprendizaje citados, se diagnosticaron cuando hubo fracasos escolares debidos a deficiencias en las áreas de lectura, escritura o cálculo; el DSM IV se refiere en síntomas y trastornos asociados, a la *desmoralización, baja autoestima y déficit de habilidades sociales*, también a que la prevalencia es difícil de establecer porque muchos estudios de la misma sobre los trastornos de aprendizaje, se llevan a cabo sin la debida separación entre los trastornos específicos de la lectura, el cálculo o la expresión escrita. También en síntomas dependientes del sexo, se describe que el mayor diagnóstico en varones puede deberse a procedimientos de derivación clínica que pueden estar sesgados hacia la identificación de varones, quienes con mayor frecuencia que las niñas, presentan comportamientos perturbadores asociados a los trastornos de aprendizaje. Según el DSM IV en EE.UU. la prevalencia del trastorno de la lectura se estima en un 4 % de los niños en edad escolar, (pudiendo ser más bajas las cifras de incidencia y prevalencia en países que utilicen criterios más estrictos), mientras la de los trastornos del cálculo se estima en un 1%. Teniendo en cuenta que el trastorno de la expresión escrita va prácticamente siempre asociado a otros trastornos del aprendizaje, podemos considerar que los valores hallados en esta muestra son muy altos en todos los grupos estudiados (21).

Asimismo se observó según la Clasificación Americana **una existencia significativamente mayor de Trastornos del Aprendizaje en los casos con perpetuación que en los casos perpetuados.**

El segundo lugar según la CFTMEA-R- 2000 lo ocupa el conjunto de los Trastornos Neuróticos (TN) lo que podría relacionarse con la reiteración del abuso y el tiempo transcurrido con ocultamiento, que permite con el desarrollo evolutivo la mayor posibilidad de expresiones psicopatológicas de tipo neurótico. De acuerdo al hallazgo anterior, cabe citar conceptos referidos a la neurosis en los niños, como el de Anna Freud, quien ha intentado evaluar los criterios de la organización de una neurosis. Si existe en la organización libidinal una movilidad y una tendencia a la progresión que hagan de contrapeso a la fijación neurótica, todo se mantiene en un marco madurativo normal, por el contrario cuando la organización pulsional y defensiva parece ser rígida y no movilizable mediante el simple movimiento madurativo, cabe temer una neurosis. Entonces desde el

punto de vista de la patogenia, lo que caracteriza el estado neurótico según Anna Freud es el uso inmoderado y continuo de los mecanismos de defensa que dispone el niño. Considera que una neurosis es grave cuando un niño se hace una idea errónea del mundo exterior, que no corresponde al grado de su inteligencia, cuando sus propias emociones llegan a resultarle verdaderamente extrañas, cuando en sus recuerdos hay más lagunas que en los casos ordinarios de amnesia infantil, cuando presenta un fallo en su personalidad o cuando su motilidad escapa al control del Yo.

En sus criterios de apreciación A. Freud considera ciertos factores cuantitativos y cualitativos: Los cuantitativos se refieren a la fuerza del Yo y a su capacidad para afrontar de forma adaptada o no las variadas exigencias pulsionales. Los cualitativos dependen de la naturaleza de los mecanismos de defensa utilizados (represión, negación, formación reactiva, conversión en lo contrario, proyección, huida mediante la fantasía), sabiendo que lo patológico no estriba en utilizar un mecanismo de defensa que por el contrario, es la actitud normal sino en la **utilización intensiva, duradera y a menudo monomorfa de uno de estos mecanismos. Esta rigidez señala la organización patológica y al mismo tiempo empobrece el Yo del niño** (28) (29).

Los psicoanalistas franceses buscan igualmente delimitar la noción de neurosis en el niño, describir variedades que tengan un valor pronóstico y permitan proceder con conductas terapéuticas particulares. Así P. Male distingue dentro de los aspectos neuróticos, por una parte las situaciones neuróticas cerradas y por otra las situaciones neuróticas más vivas buscando su solución en la vida abierta. Distingue los que él llama **“fragmentos neuróticos” “emergencias neuróticas”**, zonas neuróticas desplazadas respecto al medio y modificables por las psicoterapias de tipo madurativo. Intenta separar, como por otra parte también lo hace Lebovici, los **trastornos estructurados de carácter francamente neurótico**, de los **trastornos reactivos al medio**. Estos últimos son variedades de trastornos poco manifiestos, variables, modificables por las reformas educativas, por descondicionamientos, a veces por alejamientos del medio familiar, constituyen formas reactivas no resueltas.

Todos los psicoanalistas coinciden en que no es el síntoma el que hace a la neurosis sino el tipo particular de organización de la personalidad. Se admite igualmente que la sintomatología aparente puede camuflar una estructura real diferente.

Algunos síntomas en el transcurso de la evolución del niño, pueden convertirse en organizaciones fijas y parasitarias que trastornan y transforman a la vez la evolución.

Determinadas regresiones aparecen como fases necesarias, a fin de evitar alteraciones más graves o incluso, pueden poseer el valor de comunicación (D. W. Winnicott) y algunas neurosis infantiles como señala Mélanie Klein pueden ser defensas contra angustias depresivas y paranoides (18).

En nuestro estudio los resultados referidos a Trastornos Neuróticos, son coincidentes con lo reflejado por Roy A. quien concluye en su trabajo con pacientes adultos, que los traumas en la infancia pueden ser determinantes de “neuroticismo”, hallando significativa relación cuando ha existido abuso emocional, físico, sexual, negligencia física o emocional (66).

Portieles A., de la Universidad Médica de Camagüey, Cuba, expresa que el Trastorno por Estrés Postraumático representa la oportunidad de seguir profundizando, en el estudio de la influencia determinante de los traumas y conflictos intrapsíquicos en el daño biológico a largo plazo del Sistema Nervioso Central (SNC), así como en la aparición de la conducta neurótica años después de haber sido sometidos los sujetos a los llamados traumas infantiles. Considera el desarrollo de una estrategia evitatoria de vida y un predominio de los mecanismos inhibitorios y del desequilibrio en los procesos nerviosos. Estos, asociados a la aparición de los diversos síntomas neuróticos ansioso-disociativos y somatomorfos, repetidos en el tiempo se consideran “inexplicables” si no se entienden en respuesta a la presencia de amenazas reales o inconscientes a la integridad del yo. El daño de éste en sus orígenes producido por la experiencia traumática de antaño internalizada como vivencia traumática en el hemisferio derecho, sin adecuada imagen verbal, permanece como experiencia mnésica más límbica -emocional e inconsciente- que cortical. Reafirma este autor que un conflicto intrapsíquico generador de estrés, mantenido en el tiempo, es capaz de condicionar una respuesta neurótica del SNC y el aparato defensivo de la personalidad. Tras un tiempo de latencia relativamente largo, como resultado de la claudicación ante el estrés, surgen los trastornos como un continuum de cuadros, con intervalos de diferenciación clínica entre ellos, que presenta en uno de sus extremos a la Reacción de Estrés Agudo, culminando en los Trastornos neuróticos (62).

Luego de los diagnósticos ubicados en primer y segundo lugar, los hallazgos muestran diferencias, algunas significativas tomando los grupos incestuoso y no incestuoso. Dentro de la muestra total, según el DSM IV, siguen el Trastorno del Comportamiento Perturbador No Específico (TCP), los **Trastornos de Ansiedad No Específicos**, el Trastorno de Control de Esfínteres los Trastornos Adaptativos y el **Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia o niñez (TRVI)** (6,4%).

La frecuencia de TRVI es significativamente mayor en los AS Incestuosos, respecto a víctimas de AS No Incestuoso. Este cuadro caracterizado por la alteración de las relaciones sociales adecuadas al nivel de desarrollo del sujeto, se inicia antes de los 5 años e implica incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de interacciones sociales, o establecimiento de vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada, que va de una excesiva familiaridad con extraños, a una falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación. Se pone de manifiesto por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes o sumamente ambivalentes y contradictorias. Nótese que algunas de las manifestaciones descritas, bien pueden entrar en las propias del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP). Todos los diagnósticos realizados, correspondieron a casos de abuso sexual cometidos principalmente por padres, padrastros y abuelo materno, lo que reafirma para este cuadro la importancia de los Criterios relacionados a la crianza patogénica *C1) desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto, C2) desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño y C3) cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables.* Son limitados los datos epidemiológicos sobre el TRVI, pero este trastorno parece ser muy poco frecuente en general. Es probable que las características patológicas de las madres faciliten la posibilidad de abusos sexuales como consecuencia de su desprotección. Es muy difícil atribuir a la experiencia sexual en sí la génesis del diagnóstico citado, sin embargo es importante cuando se arriba al mismo, descartar siempre la posibilidad de existencia de Abuso Sexual. Se estima que el diagnóstico del DSM IV, en estos casos, parece más centrado en lo vincular, con criterios claros y detallados en la interacción.

Es importante destacar, que los 9 casos diagnosticados según el DSM IV como TRVI, correspondieron para la clasificación francesa a 4 casos en el eje I Bebé, de los cuales 3 fueron Estados de Estrés (B4) y 5 casos presentaron el cuadro de Disarmonía Evolutiva (3.0) asociado al de Estado de estrés y al SEP. Un solo caso de TRVI coincidió con B6 (Distorsiones del Vínculo). Si bien fue mayor el porcentaje de Disarmonías Evolutivas en los AS Incestuosos, no alcanzó a ser significativa la diferencia con los AS No Incestuosos; el cuadro de Disarmonía Evolutiva, corresponde a las patologías límite, muchas ocupan un lugar original entre el de los trastornos neuróticos y la organización psicótica.

Si bien la Clasificación Francesa para los distintos diagnósticos, analiza más a fondo los aspectos intrapsíquicos, en el Eje I bebé no toma en cuenta los trastornos del apego

como categoría clasificatoria, aclarando que pese a la profunda renovación teórica introducida por la teoría de J. Bowlby, los distintos tipos de esquemas del apego que han sido descritos (apego seguro, inseguro, evitativo y desorganizado) aparecen más como categorías experimentales que como categorías relacionadas a tal o cual perfil psicopatológico; plantean que algunos niños con un tipo de apego seguro pueden presentar trastornos del desarrollo psíquico, mientras que otros niños de apego inseguro o evitativo durante una evaluación, pueden evolucionar de manera clínicamente satisfactoria. Consideran que en la actualidad, solo la categoría de tipo desorganizado parece presentar un riesgo potencial de disfuncionamiento psíquico. Históricamente, la teoría del apego fue desarrollada como una variante de las relaciones objetales; importa reconocer la importancia determinante de los aportes de otros estudiosos, fueran o no coincidentes, como Bender L, Burlingham D. Freud A. Goldfarb W. Levy D. Spitz R., Ainsworth M. Klein M. entre otros, sobre los efectos negativos que tienen en el desarrollo de la personalidad, el prolongado cuidado institucional, ciertas características maternas y/o los frecuentes cambios de dicha figura durante los primeros años de vida. Si bien ninguna de las dos clasificaciones se refieren explícitamente a esta temática, ambas utilizan continuamente descripciones que nos remiten a estudios como los de M. Mahler o de J. Bowlby. Sería muy importante que los diversos aportes se pudieran aplicar a la investigación, dejando de lado posturas descalificadoras y negadoras cuando no son coincidentes. Se considera a los fines de una mejor comprensión de las características y gravedad del cuadro de Trastorno Reactivo de la Vinculación de la Infancia o Niñez (TRVI) al que nos referimos, la explicación del propio Bowlby, distinguiendo entre **apego** y **conducta de apego**: Decir de un niño (o de una persona mayor) que está apegado o que tiene apego a alguien, significa que está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto con ese individuo y a hacerlo, sobre todo en ciertas circunstancias específicas. La disposición a comportarse de esta manera es un atributo de la persona apegada, un atributo persistente que cambia lentamente con el correr del tiempo y que no se ve afectado por la situación del momento. En contraste, la conducta de apego se refiere a cualquiera de las diversas formas de conducta que la persona adopta de vez en cuando para obtener y/o mantener una proximidad deseada. Existen pruebas abundantes de que casi todos los niños habitualmente prefieren a una persona, por lo general su figura materna, a la cual acudir cuando están afligidos, pero que en su ausencia, se las arreglarán con alguna otra persona, preferentemente alguien a quien conocen bien. En estas ocasiones, en su mayor parte los niños muestran una clara jerarquía de preferencias, de modo tal que en una situación extrema y sin nadie más disponible,

incluso pueden acercarse a un desconocido amable. Así aunque la conducta de apego puede ser manifestada en diferentes circunstancias, con una diversidad de individuos, un apego duradero o un vínculo de apego, está limitado a unos pocos. En el caso de que un niño no mostrara una clara discriminación de este tipo, es probable que estuviera seriamente perturbado (9). Todos los casos en que se manifestó el Trastorno en las Relaciones Vinculares, pertenecieron al grupo de AS Incestuoso. Este cuadro se manifiesta a temprana edad del niño y es de grave pronóstico, porque afecta desde el inicio la estructuración psíquica. Esto se refuerza con la importante correspondencia con el diagnóstico de Disarmonía Evolutiva, patología límite según la Clasificación Francesa.

En los casos de AS No Incestuoso se observó una frecuencia significativa de Trastornos de Ansiedad diferentes del TEP, así como una importante tendencia a mayor frecuencia aunque no significativa de Trastornos de Aprendizaje respecto de los casos de AS Incestuoso; también entre las víctimas de AS No Incestuoso, el Trastorno de Comportamiento Perturbador No Especificado (TCP) tendió a ser más frecuente, sin embargo los valores son coincidentes con la prevalencia descrita tanto para el trastorno disocial, como para el negativista desafiante. En el TCP no especificado, se incluyen los casos clínicos que no cumplen todos los criterios, aunque se observa deterioro clínico significativo.

En los AS Incestuosos, además de la frecuencia significativa de TRVI, se destaca una tendencia a mayor frecuencia aunque no significativa de Trastornos del Control de Esfínteres.

Continuando con los hallazgos según la CFTMEA-R- 2000, si sumamos los distintos trastornos que provocaron en alguna medida fracaso escolar (Trastorno neurótico con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales 8,6 %, de las inhibiciones 17,1%, y otros trastornos, del habla, lenguaje, cognitivos y escolar no especificado 5.7%), tenemos la suma del 31,4%, (cerca al 30,7 del DSM IV), pero que nos permite una ubicación más específica en el tipo de organización psicopatológica subyacente. Al respecto, se ha observado una frecuencia significativamente mayor de un conjunto de trastornos del habla, lenguaje, lectoescritura, cognitivos y otros del rendimiento escolar en casos de AS No Incestuoso respecto a AS Incestuoso. Podríamos pensar que aquél fracaso escolar no asociado al trastorno neurótico (5.7%), a expensas de casos con AS No Incestuoso, grupo dentro del cual, los varones predominan con victimarios no familiares, podría relacionarse a los trastornos específicos de aprendizaje, considerando que las estimaciones de prevalencia de este cuadro se sitúan entre el 2% y el 10%, (para el DSM

IV, con una sumatoria del 5% entre trastornos de lectura y de cálculo). De modo que el fracaso escolar no implica siempre trastorno específico de aprendizaje y esto puede diferenciarse mejor en la clasificación francesa que en la americana, la que no ofrece otra posibilidad diagnóstica cuando la manifestación predominante es el fracaso escolar.

La gran mayoría de los casos no presentó según el DSM IV trastornos en el Eje II, asimismo aunque en número un poco menor, la mayoría no presentó trastornos en el Eje III, mientras que en el **Eje IV mostró un gran predominio (92,1%) de los casos con Problemas Relativos al Grupo Primario de Apoyo y en forma significativa en los abusos incestuosos.**

Corroborando la hipótesis, los hallazgos demuestran diferencias significativas en los diagnósticos realizados, como el TRVI en los AS Incestuosos y los Trastornos de Ansiedad no especificados en los AS No Incestuosos. También los Trastornos de las funciones instrumentales que afectan el rendimiento escolar, según la Clasificación francesa, se detectan como significativos en los AS No Incestuosos, aunque este resultado plantea la necesidad de nuevas investigaciones por ser mayor la población de varones en los AS No Incestuosos en quienes al mismo tiempo es mayor la prevalencia de Trastornos específicos de Aprendizaje. Dichas investigaciones deberían realizarse sobre una muestra mayor y que incluya el diagnóstico Psicopedagógico de Trastornos Específicos de Aprendizaje, dada la importante frecuencia de Trastornos de Aprendizaje en todos los grupos estudiados a fin de lograr una mayor especificidad en el diagnóstico, que permita profundizar el conocimiento para evaluar mejor la asociación entre los Trastornos de Aprendizaje y el Abuso Sexual en menores. También es recomendable investigar los Trastornos de Control de Esfínteres en los AS Incestuosos; al respecto un estudio de origen alemán, reporta entre otras manifestaciones la existencia de disfunciones urológicas luego del abuso sexual y violencia, sin causa orgánica. Alerta a los urólogos a tener en cuenta esta posibilidad diagnóstica, para evitar reproducir el hecho abusivo con maniobras diagnósticas invasivas (7).

Cabe aquí consignar que existe bibliografía que refiere la existencia de hasta un tercio de los niños abusados sin sintomatología, de lo que se desprende que no se ha podido concluir en un diagnóstico psicopatológico. Esto no es coincidente con nuestra investigación, en la que todos los niños pudieron ser diagnosticados. Creemos que dicha diferencia con nuestros resultados es consecuencia del tipo de diagnóstico efectuado en este estudio, consistente en un abordaje integral psicodinámico que indaga aspectos conscientes e inconscientes de la víctima y utiliza la observación directa de la interacción familiar entre otros aspectos. Nuestros hallazgos avalan la afirmación de Diana Sanz desde su experiencia

clínica, quien en las consideraciones acerca del niño asintomático, refiere que muchos de los que no presentan “síntoma” pueden ser los más seriamente perturbados o dañados en la configuración de su psiquismo o de su personalidad. Presentan a veces una fachada de sobreadaptación que suele esconder personalidades con “falso self”, mientras por debajo se detectan sentimientos de inseguridad, de pérdida de identidad o de disociaciones simultáneas de las partes más vitales de su self (41) (69).

4.2.1.2 Comparación de Expresiones Psicopatológicas en Abuso Sexual No Incestuoso con y sin Perpetuación

En síntesis en estos casos encontramos que la comparación de severidad del TEP (categorías PTSS-C) tomando los AS No Incestuosos con y sin perpetuación del abuso, mostró **tendencia a favor de la mayor gravedad en el abuso perpetuado.**

Asimismo, siguiendo la CFTMEA-R-2000, hallamos una tendencia a mayor frecuencia de Trastornos Neuróticos en general. Dentro de los mismos sí fue significativa la **mayoría de los Trastornos Neuróticos con Preponderancia de las Inhibiciones, en los abusos con perpetuación respecto de los no perpetuados.** Estos cuadros, se definen dominados por una inhibición durable en el área de los aprendizajes y de las adquisiciones intelectuales, con reducción de las actividades y disminución del uso de los potenciales; además de las inhibiciones, el desarrollo de las actividades está marcado por la ausencia del placer, el sentimiento de duda y de incapacidad. Este hallazgo fue coincidente con una **existencia significativamente mayor de Trastornos del Aprendizaje No Específico en los casos con perpetuación que en los casos no perpetuados** según el DSM IV.

Siguiendo la Clasificación Francesa, presentaron **predominio en forma significativa los Trastornos Reactivos, cuando el abuso fue no perpetuado.** Dichos trastornos, definidos por su aparición reciente, por su vinculación con una causa precisa y por la integridad de la personalidad, se relacionan con abusos no reiterados, cuyas víctimas presentaron mejor funcionamiento en todas las áreas, incluida la de relaciones familiares. El rasgo esencial que distingue a un trastorno reactivo es su reversibilidad mediante una modificación ambiental o un tratamiento directo muy breve, con lo que podríamos concluir que el cuadro es de menor severidad considerando aspectos individuales intrapsíquicos como ambientales, no limitándonos solamente a la severidad determinada exclusivamente por la intensidad y frecuencia de los síntomas. Cuando las dificultades del comportamiento en un trastorno de conducta reactivo han llegado a ser pautas fijas que el niño manifiesta

aún ante situaciones favorables, es apropiado usar el término *neurótico* (17). La descripción de la perturbación de la conducta no establece por sí misma si pertenece a la categoría reactiva o a alguna categoría neurótica o de otro tipo, por lo que es imprescindible la comprobación de su reversibilidad con la aplicación terapéutica ya relatada; muchas veces coexisten manifestaciones reactivas junto a estructuraciones neuróticas (ver ejemplo del caso 74 en Informe de maestros y cuidadores en Anexo). Nótese que la utilización del término Reactivo para este enfoque psicodinámico, no es comparable al utilizado en el DSM IV para el diagnóstico de Trastorno Reactivo de la Vinculación de la Infancia o la Niñez (TRVI). Este cuadro se produce como reacción al medio inadecuado, pero dada la esencial importancia de lo que se halla en juego y el sostenimiento en el tiempo de las condiciones adversas, las consecuencias son de particular gravedad. Esto lo transforma en un diagnóstico con muy difícil retorno a los parámetros considerados dentro de la normalidad, debiendo realizarse seguimientos en el tiempo. Son esperables diversas secuelas, según las características particulares de cada niño y las posibilidades de cambios ambientales.

En relación a lo que consideramos perpetuación en este estudio, Fox K y Gilbert B señalan hallazgos que respaldan un modelo aditivo de trauma, pronostican relación entre el número de traumas en la niñez y las consecuencias en la adultez. Valoraron las variables abuso físico infantil, incesto y alcoholismo parental, fuertemente asociadas entre sí, por lo que consideran difícil poder discriminar el origen del efecto traumático, sin embargo señalan que todas estas variables en sí mismas tienen como característica que las unifica, el hecho de su manifestación crónica, reiterada en el tiempo (27) .

Los diferentes hallazgos desde las distintas clasificaciones, apuntan a valorizar una modalidad de evaluación integral que disminuya la parcialización en los diagnósticos y las consecuencias que ello implica. Asimismo es importante alertar respecto a las limitaciones de la utilización de escalas a ser respondidas por los niños, como modalidad única de evaluación, ya que tanto por la edad como por esta temática especialmente difícil de abordar, es imprescindible el establecimiento de una relación terapéutica adecuada y estilos de entrevistas menos estructuradas. De no tener en cuenta lo expresado anteriormente, es posible que se sobredimensione o se ignore la existencia de algunos cuadros, con el consecuente sobrediagnóstico o subdiagnóstico de los mismos.

4.2.1.3 Comparación del Funcionamiento Global Psicológico Social y Escolar en los distintos grupos

En cuanto al funcionamiento global psicológico, social y escolar del niño, en términos de puntuación obtenida en escala EEAG (C GAS), el resultado promedio para la muestra de 51,7 puntos \pm 12,9 de desvío estándar implica un *grado de funcionamiento variable con dificultades esporádicas o síntomas en varias aunque no en todas las áreas*. El rango osciló entre los que fueron *incapaces de funcionar en casi todas las áreas (25)* y los que tuvieron *buen funcionamiento en todas las áreas (85)*. En el AS Incestuoso y No Incestuoso se obtuvieron puntajes medios de 48,9 \pm 11,2 y 55,2 \pm 14,1 puntos respectivamente, lo cual representó una **diferencia significativa promedio de 6,3 puntos de modo que en los casos de AS Incestuoso, el promedio de funcionamiento fue más bajo** correspondiendo con un *moderado grado de interferencia en el funcionamiento en la mayoría de las áreas o severo deterioro de funcionamiento en un área*, (ver en Anexo la Escala con intervalos de puntaje).

Los casos de AS No Incestuoso se expresaron como el promedio de la muestra. Dentro de estos últimos, la diferencia entre los que tuvieron perpetuación del AS y los que no, fue significativa, existiendo **semejanza en el funcionamiento de los AS No Incestuosos con perpetuación y los AS Incestuosos**. Cabe citar en coincidencia, el agrupamiento que realizan Hulme y Agrawal referido al abuso sexual infantil, que varía desde un abuso sexual extrafamiliar sin contacto que ocurrió sin fuerza y una sola vez, a los que consideran más severos en los que la penetración por un abusador intra o extrafamiliar ocurrió múltiples veces y por la fuerza (36).

La similitud de valores hallada en ambos grupos, en el funcionamiento global psicológico, social y escolar, puede permitirnos la conjetura de que lo que repercutiría negativamente en mayor medida sería la perpetuación del abuso, con sus características contextuales, independientemente de la relación con el victimario.

4.2.1.4 Comparación del Funcionamiento Global de la Actividad Relacional en los distintos grupos

La puntuación de la escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) en la muestra resultó promedio 47,6 puntos \pm 17,0 de desvío estándar, lo que

implica que la unidad relacional disfruta momentos ocasionales de satisfacción, si bien predominan claramente las relaciones deterioradas e insatisfactorias. El rango osciló entre los grupos familiares en los que *la unidad relacional está demasiado desestructurada como para mantener el contacto y la adhesión entre sus miembros,* y los que *la unidad relacional funciona satisfactoriamente a la luz de las autovaloraciones que efectúan los participantes y las opiniones de los observadores.*

En ambos grupos Incestuoso y No Incestuoso se obtuvieron puntajes medios de $41,4 \pm 16,9$ y $55,3 \pm 13,9$ puntos respectivamente, lo cual representó una **diferencia muy significativa promedio de 13,9 puntos.**

Los AS Incestuosos presentan un promedio que si bien se halla en el intervalo 41-60, en realidad está casi en el límite con la puntuación 21-40 en la que *la unidad relacional se ve obvia y seriamente alterada: los momentos de satisfacción son escasos;* mientras que los no incestuosos se hallan muy cercanos al límite superior, (ver en Anexo la Escala con intervalos de puntaje).

Por otra parte, el promedio más alto de puntuación se observó en los casos de AS No Incestuoso y no perpetuado, expresión de un mejor funcionamiento de las relaciones familiares, lo cual implicaría mejores mecanismos protectores.

C Tercera Sección

4.3 Comparación en Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso de Diagnósticos según Clasificaciones DSM IV – CFTMEA-R-2000, Evaluación Global de Actividades y Variables

Las expresiones psicopatológicas evaluadas desde las dos clasificaciones utilizadas, americana y francesa, tanto para los casos de AS Incestuoso como de AS No Incestuoso, se relacionaron con un grupo de variables intervinientes que fueron seleccionadas, por considerar que eran indicadores importantes para aproximarse aún más al conocimiento de la repercusión psicopatológica individual y familiar. Al respecto es importante citar entre las numerosas recomendaciones de diversos investigadores, la de Spataro J. y otros, que expresan que es tiempo de prestar atención a la investigación de aquellos factores que median y potencialmente producen mejoras sobre el impacto, no solo del abuso sexual, sino de toda una gama de adversidades en la infancia, con el objetivo de ser capaces de mitigar los daños y las desventajas que el abuso inflige en los niños (72).

4.3.1 Relación de Variables con Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso

El **tipo de funcionamiento psicopatológico** más frecuente en la muestra sería el mixto (reactivo-neurótico) seguido del reactivo, siendo el funcionamiento mixto el más frecuente en los AS Incestuosos y el reactivo en los AS No Incestuosos.

En cuanto a la adecuación del **aprendizaje escolar** de los 99 casos que correspondió analizar, casi la mitad tuvo retraso en la escolaridad, mientras en más de la mitad la misma fue la correspondiente. Fue muy alta la proporción de fracaso y de algún grado de dificultad en el rendimiento, aún cuando el año cursado fuera acorde a la edad. No se apreció diferencia de alteración en el aprendizaje escolar en relación a la condición de incesto.

En lo referido a **sexualidad**, el análisis se limitó a los indicadores preponderantes de “conducta sexualizada” y a “conflicto con el sexo en sí”, un poco más frecuentes en los AS Incestuosos respecto a los AS No Incestuosos, aunque no con diferencia significativa.

La frecuencia de **perpetuación** por un año o más fue significativamente mayor en el grupo de los AS Incestuosos respecto a los AS No Incestuosos.

Respecto al **tiempo de duración del abuso**, dentro de los 96 casos de abuso sexual perpetuado, sobre los 71 casos con información, se decidió considerar directamente la frecuencia del indicador “abuso sexual perpetuado \geq 1 año”. Dentro de aquellos casos en que no se pudo detectar la duración, es muy probable que por el ocultamiento existente, muchos de ellos correspondan a este grupo prevalente. Así planteado, también dentro de los 96 casos de AS perpetuado, la tendencia general fue que **el secreto perdure año/s en los AS Incestuosos y mes/es en los AS No Incestuosos en forma significativa.**

Mientras la **protección materna** tendió a ser positiva en casos de AS No Incestuoso (rara vez negativa), **en casos de AS Incestuoso fue significativamente frecuente la protección negativa o ambigua.** De Jong analiza el tipo de respuesta de las madres y considera tres grupos: madres no contenedoras, contenedoras con cambios emocionales y contenedoras sin cambios emocionales, sin embargo en el análisis de las madres, refiere la mezcla de sentimientos y presiones externas, o bien la existencia de múltiples factores internos y externos en la motivación subyacente, fuerzas internas y externas que pueden facilitar que se culpe al niño víctima en vez del abusador (20). En nuestra investigación se consideró importante, la diferenciación en respuestas maternas positivas, ambivalentes y negativas, dado que si bien tanto las ambivalentes como negativas, pueden corresponder a

las “no contenedoras”, las ambivalentes se consideraron de mejor pronóstico para el trabajo terapéutico, mientras las llamadas respuestas propiamente negativas correspondieron a madres con respuestas muy inadecuadas, que funcionaban con marcados mecanismos disociativos y de tipo psicopático, en las que no se detectaron sentimientos de culpa. En este grupo es en el que fue más difícil detectar cambios emocionales más allá de la agresión y el enojo; por otro lado, no tuvimos en la muestra madres contenedoras sin cambios emocionales como describe De Jong.

Estos altos valores aportan a la hipótesis de este estudio, ya que refuerzan los bajos resultados obtenidos con la escala de evaluación global de la actividad relacional (EEGAR), permitiéndonos correlacionar que dicho funcionamiento inadecuado, tiene que ver con la baja protección materna y la existencia de secreto en la interacción familiar.

Un estudio realizado en el Hospital for Sick Children de Toronto, Ontario, en el que se comparan grupos de niños no abusados, abusados sexualmente intrafamiliares y abusados sexualmente extrafamiliares, concluye que sus hallazgos sugieren que el abuso sexual infantil, se halla relacionado a una serie de deficiencias del adulto de larga data, las mismas son relacionales y personales, hallándose interconectadas. De esto resulta un rol parental inadecuado para las víctimas jóvenes (53).

En relación al secreto, es importante destacar que los casos graves de incesto, cuando son develados por la Va pueden producir un desencadenamiento muy rápido e intenso de diversos mecanismos de interacción. La finalidad suele ser la de lograr la homeostasis del sistema familiar mediante la retractación de lo dicho por parte de la Va, en especial cuando la madre reacciona negativamente. Esta modalidad se puede detectar en casos en que existe el antecedente de intentos frustrados de develar el secreto.

Autores que trabajaron con grupos familiares en relación a psicosis inicialmente describen mecanismos que se ajustan a lo observado en estos casos, como el término **impermeabilidad** referido a la incapacidad de un progenitor de percibir u oír las necesidades emocionales del niño. El **enmascaramiento** es reseñado como la capacidad de ambos progenitores o uno de ellos para ocultar alguna situación como si no existiera, que suele incluir un alto grado de autoengaño, así como los esfuerzos por ocultar algo a los demás. Implica una negación tanto consciente como inconsciente, según lo conciben Lidz y otros al describir la **transmisión de la irracionalidad** y sus consecuencias. Dicha observación es compatible con la **pseudomutualidad** tal como la refieren Lyman Wynne y otros, en la que la experiencia pasada de cada individuo y las circunstancias actuales de la relación dan lugar a un esfuerzo por mantener la idea o el sentimiento por ilusorio que

pueda ser, de que la propia conducta y las expectativas se entretengan con la conducta y las expectativas de las otras personas que participan de la relación. En ocasiones presentan características de “folie a deux” o de “folie a famille” como cita Ferreira “donde los mitos alcanzan proporciones psicóticas” (46) (84) (25).

Desde los diversos enfoques familiares, distintos autores, más allá de las técnicas utilizadas tienen coincidencias. Berenstein I. al referirse a Secretos Familiares expresa que en algunos grupos familiares que trató, pudo comprobar que cuando un niño observa algo que le está prohibido y se le dice que lo imaginó y que no vio lo observado (desmentida) esto descalifica los índices de realidad para diferenciar percepción de significación y percepción de recuerdo evocado. De esta manera se constituye una escisión del yo: una parte reconoce y acepta la realidad mientras que la otra la desmiente. Ambos niveles de organización persisten, creando el punto disposicional para los ulteriores procesos psicóticos asociados con la pérdida de significación de la realidad y la reconstrucción de una realidad segunda para cubrir la pérdida de significación original (8).

Roland Summit habla del Síndrome de Acomodación al Abuso Sexual Infantil, compuesto por 5 categorías: 1. El Secreto, 2. La desprotección, 3. El Atrapamiento y la Adaptación, 4. El Develamiento Tardío, 5. La Retracción. Refiere que la víctima utiliza el mecanismo de percibir a dicho progenitor como bueno y de este modo lo malo se registra como bueno. Esta operación fractura el psiquismo y lo fragmenta, se produce la ruptura de los valores morales convencionales. La máxima virtud es mentir para cubrir el secreto mientras que el mayor pecado es la verdad. Así la niña estructura su realidad para proteger al progenitor desarrollando personalidades múltiples, estados alterados de conciencia para cerrarse al dolor o para disociarse de su propio cuerpo (76).

4.3.2 Relación de Variables en Abuso Sexual Incestuoso y Abuso Sexual No Incestuoso con Diagnósticos

Recordemos que las Expresiones Psicopatológicas más frecuentes fueron el Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) y Trastornos del Aprendizaje (TA) según la clasificación DSM-IV; siguiendo la clasificación CFTMEA-R- 2000, fueron el Síndrome de Estrés Postraumático (SEP) y Trastornos Neuróticos (TN). Del análisis de la frecuencia conjunta bivariada en ambos casos, surgió que la existencia de simultaneidad de cada par de trastornos frecuentes es la menor probabilidad, respecto a su presencia como único

diagnóstico, es decir que predominaron los diagnósticos en forma no asociada en toda la muestra, así como estadísticamente independientes de la condición de incesto

Por otro lado, a partir de los resultados se podría inferir que habría evidencia de asociación entre tipo de funcionamiento psicopatológico y las Expresiones Psicopatológicas observadas. El Funcionamiento Reactivo guardaría relación con el Trastorno por Estrés Postraumático mientras el Neurótico con los Trastornos de Aprendizaje, pudiendo las víctimas de menor edad y/o sexo femenino, tener una mayor tendencia al funcionamiento reactivo, en tanto que las de mayor edad y/o sexo masculino al funcionamiento neurótico (DSM IV). Nuestras observaciones pueden relacionarse aunque parcialmente, en lo referido al género femenino, con diversas investigaciones. que encontraron que el género femenino era un significativo predictor independiente de TEP, como el hallazgo bastante consistente de diferencia de riesgo de dos a seis veces mayor de desarrollar TEP en niñas traumatizadas en que en niños (Boney-McCoy y Finkelhor, 1995a; Cuffe et al., 1998; Giaconia et al., 1995) citados por Walker J. y col.; coincidimos también con estos últimos en su consideración, en cuanto a que las conclusiones en esta área, permanecen en gran parte como tentativas, debiendo profundizarse las investigaciones particularmente en varones (81).

Siguiendo la CFTMEA-R-2000, las Expresiones Psicopatológicas que observamos guardaron una asociación estadísticamente significativa con los tipos de Funcionamiento Psicopatológico, tanto en casos de AS Incestuosos como de AS No Incestuosos, aunque con ligeras diferencias entre dichos grupos de pacientes. En casos AS Incestuoso, existe un “gradiente” patológico que parte de “No SEP ni TN” hacia “SEP+TN”, donde en general las características analizadas se irían modificando de manera más o menos lineal dentro de dicho gradiente. Para el caso de los tipos de Funcionamiento Psicopatológico, tanto en pacientes con AS Incestuoso, como en AS No Incestuoso el predominio del funcionamiento reactivo guardó correlación con el punto inicial del gradiente mencionado, mientras que el funcionamiento neurótico y mixto incrementarían a medida que lo hace la frecuencia del diagnóstico TN y de SEP+TN Respecto al gradiente antes mencionado, debe en este punto aclararse que la distribución conjunta de SEP y TN guardan también relación significativa con la edad a la consulta del paciente, no así con el género.

Según los resultados, queda establecido que el gradiente patológico pudiera responder en mayor o menor medida a un sesgo de edad, al igual que la mayoría de los cambios producidos en las características analizadas en relación a las Expresiones Psicopatológicas frecuentes de la clasificación francesa. Sin embargo hay que considerar

que justamente las características evolutivas de un psiquismo en desarrollo, van permitiendo con la mayor edad, la posibilidad de procesos psicopatológicos diversos, entre ellos los neuróticos.

Según el DSM IV, la sola presencia de TA (con o sin TEP asociada) guardó asociación significativa con el indicador de **aprendizaje escolar alterado**, tanto en condición AS Incestuoso como en AS No Incestuoso. En la muestra en general así como en los grupos con AS Incestuoso y AS No Incestuoso por separado, no se verificó asociación significativa entre TEP y aprendizaje escolar alterado. La afectación del aprendizaje escolar, pareciera estar relacionada, a mecanismos diferentes de los que se supone se deberían al estrés postraumático como expresión reactiva; más bien se hallarían relacionados con el funcionamiento neurótico, sin depender del tipo de relación con el victimario.

El porcentaje de casos con aprendizaje escolar alterado no pareció variar significativamente en relación al gradiente patológico SEP-TN, en AS Incestuoso ni AS No Incestuoso (CFTMEA-R-2000)

El diagnóstico de TEP (con o sin TA asociado) siguiendo el DSM IV, guardó asociación significativa con la **“conducta sexualizada”** tanto en condición AS Incestuoso como AS No Incestuoso, mientras que este tipo de conducta no guardó relación con el Trastorno de Aprendizaje, tampoco con el tipo de funcionamiento psicopatológico ni el género de la víctima, aunque sí dependió significativamente de la edad del paciente a la consulta, con predominio en menores de 6 años, y en menor medida en menores de 12 años. Esta es una asociación de resultados importante para la detección del abuso sexual en niños pequeños.

Según la CEFTMEA-R- 2000 y siendo más evidente el fenómeno en casos de AS Incestuoso que en AS No Incestuoso, la “conducta sexualizada” parece guardar relación directa con la presencia de SEP, pero a su vez condicionada por la edad del paciente, hallándose presente en forma significativa en menores de 12 años. Esto corrobora lo detectado según el DSM IV.

Por estos hallazgos, podríamos considerar las conductas como expresión de la repetición del hecho traumático, más evidente en los niños menores en los que no son tan efectivos los mecanismos de control, disminuyendo coincidentemente al llegar a la edad en la que se integran más sólidamente los valores sociales y morales. Creemos que funciona como un mecanismo de defensa dirigido directamente contra el mundo exterior que lo frustra o amenaza, como describe Anna Freud, la observación superficial muestra semejanza (por las características compulsivas en este caso), con los síntomas de las

neurosis obsesivas, sin embargo su estructura no corresponde en modo alguno a lo que consideramos característico de la elaboración del síntoma neurótico en general. En este caso el conflicto no será internalizado sino que permanecerá adherido al mundo externo. Esta descripción que A. Freud utiliza para referirse a la negación en actos y palabras, podríamos considerarla para explicar con ella como “actos de conducta con los que el niño invierte o transmuta los hechos de la realidad”. Así podrían tener el significado de negar lo que le han hecho al ser él el actor, o bien intentar reelaborar simbólicamente con la repetición, como un intento de asimilación aún no lograda. Asimismo puede ser expresión de identificación con el objeto o persona temida: el niño introyecta alguna característica de la persona u objeto que le produce angustia, elaborando de esta manera la experiencia angustiosa recientemente ocurrida. Esto se vincula con un segundo e importante mecanismo, al ejecutar el papel de agresor asumiendo sus atributos o imitando sus agresiones, el niño simultáneamente se transforma de persona amenazada en la que amenaza (28). Dice Sigmund Freud al respecto, en *Más allá del principio del placer*: se experimenta la impresión de que ha sido otro el motivo por el cual el niño ha convertido en juego el suceso desagradable. En éste representaba el niño un papel pasivo, era el objeto del suceso, papel que trueca con el activo, repitiendo el suceso como juego a pesar de ser penoso para él. Este impulso podría atribuirse a un instinto de dominio, que se hace independiente de que el recuerdo fuera o no penoso para sí. Se ve que los niños repiten en sus juegos todo aquello que en la vida les ha causado una intensa impresión y que de este modo, procuran un exutorio a la energía de la misma, haciéndose por así decirlo dueños de la situación. Al pasar el niño de la pasividad del suceso a la actividad del juego, hace sufrir a cualquiera de sus camaradas la sensación desagradable por él experimentada, vengándose así en él de la persona que se la infirió (31).

Avalando nuestros resultados, Deblinger E. y otros señalan que específicamente, los niños abusados sexualmente exhiben mayores niveles de conductas sexuales inapropiadas, que los niños físicamente abusados o no abusados (19). Mc Clellan J. y otros concluyen que el inicio de abuso sexual antes de los 7 años de edad fue significativamente asociado con la hipersexualidad de exposición (desinhibición y conductas de victimización sexual), requiriéndose mayor investigación en relación a una serie de factores asociados que empeoran el pronóstico (51). Los mismos autores en otra investigación refieren que ambos géneros mostraron similares porcentajes de conductas sexualmente reactivas, aunque fueron los varones más susceptibles de exhibir comportamientos victimizadores (52).

En relación a estos hallazgos se consideró significativo el trabajo de Cosentino C, Heino F y otros, quienes realizaron un importante metaanálisis de estudios previos, junto a su propia investigación en 20 niñas entre 6 y 12 años de edad abusadas sexualmente, sobre los efectos específicos del abuso sexual, empleando controles psiquiátricos y no psiquiátricos. Plantean que un cuerpo cada vez mayor de investigaciones empíricas ha demostrado que el abuso sexual está relacionado a un incremento de conductas sexualizadas en los niños, según demuestra diversa bibliografía (Friedrich, 1993, revisiones de registros de salud mental (Deblinger et al., 1989; Koldo et al., 1988), observaciones de juego libre con muñecos anatómicamente detallados (Everson y Boat, 1990; Jampole y Weber, 1987) y resultados de dibujos de figuras de niños (Hibbard et al., 1987). Examinaron en los casos estudiados, la relación entre problemas de conductas sexualizadas y síntomas psicopatológicos, identificando factores como: permeabilidad en los límites, agresión sexual, auto-estimulación, inhibición sexual y confusión de rol-género (Friedrich et al., 1991). La permeabilidad en los límites consiste en items tales como exposición de genitales, abrazos y besos de modo indiscriminado a adultos y niños extraños e intentos de ver a otros cuando están desnudos. La agresión sexual consiste en items tales como intentos de desvestir a otros, tocamientos de partes sexuales de pares y pedir a pares que se involucren en actos sexuales o que imiten el coito. La auto-estimulación incluye items tales como masturbación con manos o con un objeto, masturbación en público e inserción de objetos en área anal o vaginal. La inhibición sexual incluye items tales como negación a desvestirse en la presencia de otros y pedir a los padres que dejen de mostrar conductas afectuosas. La confusión género-rol incluye items tales como deseos de pertenecer al sexo opuesto y vestirse como alguien del sexo opuesto. Concluyeron los autores citados que el grupo sexualmente abusado manifestó más problemas de conductas sexualizadas que el control psiquiátrico y el no psiquiátrico. Sugieren que la conducta sexualizada excesiva parece estar únicamente asociada con el abuso sexual y con niveles más altos de agresión, conductas de externalización y un total de síntomas de psicopatología generales. Las niñas abusadas que estuvieron más “altamente” sexualizadas fueron las más severamente perturbadas y tuvieron una mayor proclividad a problemas de agresión, de acting out y de conducta. La investigación reveló que la conducta sexual entre las niñas abusadas a menudo se pareció mucho a los actos sexuales perpetrados contra ellas, sugiriendo que este comportamiento es, al menos en parte una reacción al abuso sexual y difirió cuantitativa y cualitativamente de aquella en las niñas no abusadas. Fue mucho más allá que las normas de exploración y juegos sexuales descritos para niños en informes previos (Bentovim y Vizard, 1988;

Langfeldt, 1981; Rutter, 1971; Tharinger, 1991). Los investigadores manifiestan que sus resultados estuvieron basados en mediciones de reportes parentales exclusivamente y que futuros estudios deberían procurar utilizar un enfoque de valoración multimetodológico en el cual se utilicen mediciones de auto reportes y reportes de maestros además de los inventarios de padres (13). Si bien en el trabajo precedente no hubo referencia a la edad, la muestra que utilizaron Cosentino, Heino y otros, justamente observa las edades entre 6 y 12 años, coincidentemente con los hallazgos en el presente trabajo. Es de notar que en nuestro estudio, si bien coincidimos con la afectación de la sexualidad, nuestros hallazgos tuvieron que ver con promiscuidad y/o precocidad, conflictos en la identidad genérica, conflictos con la maternidad / paternidad, conducta sexualizada y conflicto con el sexo en sí, siendo los dos últimos los de más frecuencia en la muestra (15,7% conducta sexualizada y 72,9% conflicto con el sexo en sí), un poco más frecuente aunque no significativamente en los AS Incestuosos respecto a los AS No Incestuosos. Observamos que la diferenciación de conductas sexualizadas utilizada por los autores, mezcla indicadores de diverso tipo. Valoran como agresión sexual, actos descritos como intentos de desvestir a otros, tocamientos de partes sexuales de pares y pedir a pares que se involucren en actos sexuales o que imiten el coito, los que a nuestro criterio no siempre consisten en actuaciones agresivas; a nuestro juicio tampoco puede concluirse como inhibición sexual la negación a desvestirse en la presencia de otros y pedir a los padres que dejen de mostrar conductas afectuosas, ya que la primera es una conducta esperable para la edad, mientras la relacionada a los padres puede tener que ver con otros conflictos, no indefectible o directamente ligados con la sexualidad en el sentido que se analiza. Asimismo consideramos diferente la significación de los conflictos con el sexo en sí, de lo que llamamos conductas sexualizadas. Creemos que es de fundamental importancia para futuras investigaciones, profundizar en la discriminación, delimitación y análisis de las diversas manifestaciones que tiene la afectación de la sexualidad, a fin de unificar criterios.

La Clasificación Francesa, nos permitió detectar la existencia de “**conflicto con el sexo en sí**”, particularmente en los casos de abuso incestuoso, relacionado a la presencia de uno u otro o de ambos diagnósticos (SEP-TN) y viceversa. Este conflicto es posible de detectar a través de pruebas proyectivas tanto gráficas como verbales, como en sesiones de juego, que facilitan expresiones inconscientes del mismo. Muchas veces en los niños, los conflictos no se manifiestan abiertamente, en conductas de las que los mayores puedan dar cuenta, pues se expresan en otro tiempo, más acorde al desarrollo de la función en cuestión, como podría ser su elección heterosexual o la afirmación de su sexualidad. Sin embargo,

dicho conflicto puede ser detectado en períodos más tempranos. Posiblemente las diferencias surgen del enfoque dinámico con el que abordamos nuestros pacientes, ya que si bien este incluye la indagación de aspectos conscientes, también lo realiza a niveles más profundos, permitiendo aproximarnos a vivencias de los propios niños y con ello, realizar inferencias más allá de las conductas observables.

La perpetuación del AS no tuvo asociación significativa con los diagnósticos, según el DSM IV y la CFTMEA-R-2000. Sin embargo la Clasificación Francesa sí permitió observar una asociación significativa para los AS Incestuosos, de la duración prolongada del secreto (año/s) y el desarrollo neurótico, incrementándose linealmente con el gradiente psicopatológico hallado. También en los AS Incestuosos, con dicho gradiente, el tipo de protección de la madre fue variando significativamente, de positiva a negativa-ambigua.

La relación entre el tipo de protección de la madre y las Expresiones Psicopatológicas (DSM-IV) en casos de AS Incestuoso, muestran una significativa asociación entre menor frecuencia de “protección positiva” y Trastornos del Aprendizaje (con o sin TEP asociado).

Observamos que relacionados con la existencia de Neurosis la protección materna disminuye y aumenta el tiempo de secreto.

Cuando la protección de la madre fue negativa o ambigua, existió claramente, la expresión psicopatológica de Trastorno de Aprendizaje. Esto se suma como elemento, dentro de un conjunto de variables, que hace a la existencia de conflictos que confluyen según vemos en esta casuística, para conformar estructuras dinámicas de orden neurótico principalmente. Estos hallazgos son coincidentes con diversos estudios, según Wind TW y Silvern L. la protección parental parece influenciar fuertemente o mediar en la relación entre abuso infantil intrafamiliar, depresión y niveles de autoestima, mientras que el Trastorno por Estrés Postraumático se halla asociado al abuso en sí mismo, independientemente de las variaciones percibidas en el cuidado de los hijos (83).

Cabe observar, que fue hallada bibliografía reciente que se refiere a trabajos de investigación en los que se trata de estudiar la existencia de síntomas disociativos diferenciados del trastorno por estrés postraumático, en niños abusados sexualmente. Estos trabajos utilizan diversos cuestionarios. Se revisó la Child Dissociative checklist (CDC versión 3.0, 2/90), la cual a nuestro criterio, impresiona inespecífica y confusa, no discrimina diferentes niveles de análisis, resultando no diferenciadas las conductas de ajuste normales, de las patológicas incluida la psicótica. Es discutible desde distintos enfoques teóricos que estos ítems permitan discriminar un cuadro disociativo vs el TEP (por ejemplo

el ítem 12, referido a las conductas sexualizadas). Consideramos particularmente aventurado en niños evaluar como disociativos, mecanismos que podrían no ser patológicos sino de ajuste, o bien llevarlos a la categoría de trastorno específico en la infancia. Sin embargo, hemos detectado **reacciones especiales** (ver definición), las que fueron consideradas particularmente diferentes de los mecanismos de evitación y negación, propios de los procesos de elaboración adecuados, que finalmente permiten integrar afectivamente la experiencia traumática. Se observó la ocurrencia de estas reacciones en un contexto familiar y social particularmente inadecuado. Desde el grupo familiar cuando las madres fueron negadoras y/o ambivalentes, acompañadas en su actitud por el resto de la familia en la mayoría de los casos. Desde el ámbito asistencial terapéutico y/o el ámbito judicial, cuando las medidas fueron inadecuadas, por ejemplo el hecho de institucionalizar a una niña mientras el abusador permanecía en su casa, cuando la menor había comunicado el AS en la instancia psicoterapéutica y se imponía la exclusión del Vo; o bien al no implementarse la separación de la Va de su hogar cuando era la medida recomendada. Las reacciones especiales se consideraron indicadores de mecanismos psicopatológicos a nivel individual y de grave disfunción familiar, relacionados a la retractación y perpetuación del abuso sexual. Los hallazgos de nuestra investigación no fueron relevantes estadísticamente, motivo por el cual no se analizaron especialmente estas conductas, aunque las consideramos relacionables a mecanismos disociativos y el tema amerita su estudio particular.

Desde la clínica psiquiátrica de adultos, con frecuencia se diagnostican Trastornos Disociativos en personas en cuya historia clínica, se detecta el antecedente de abuso sexual. Sería importante la investigación retrospectiva de las características de respuestas protectoras del medio en estos casos. En este trabajo se diagnosticó al Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) con sus mecanismos evitativos como tales y se estima que deben ser investigados los síntomas que pueden evolucionar a trastornos disociativos, en relación a las respuestas familiares y sociales del medio, más que el análisis del síntoma como manifestación de vulnerabilidad individual particular.

4.3.3 Correlaciones en AS Incestuoso y AS No Incestuoso entre Diagnósticos y Evaluación Global de Actividades

En los AS Incestuosos el funcionamiento global de la actividad relacional (EEGAR) tuvo un puntaje medio más bajo, cuando se diagnosticó Trastorno de Aprendizaje (DSM IV) y Trastornos Neuróticos (CFTMEA-R-2000). Los puntajes fueron semejantes y aún más

bajos que los hallados como media del grupo de los casos de AS Incestuoso, cuando existió Trastorno de Aprendizaje no asociado a TEP, dicho puntaje, de 34,2, entró claramente en el intervalo 21-40, en el que *la unidad relacional se ve obvia y seriamente alterada: los momentos de satisfacción son escasos.*

En el grupo de AS No Incestuoso, se reprodujo también la relación de menor puntaje EEGAR medio en casos con diagnóstico de Trastorno de Aprendizaje y en casos con diagnóstico de Trastornos Neuróticos; aquí el puntaje también fue inferior a la media obtenida para los casos de AS No Incestuoso y dentro de ellos más bajo que el abuso con perpetuación, hallándose en el intervalo 41-60, cercano al incestuoso.

En estos casos de AS No Incestuoso a diferencia de los de AS Incestuoso, adicionalmente se pudo apreciar un significativo menor puntaje medio en la escala de funcionamiento global psicológico, social y escolar del niño (EEAG) cuando existió Trastorno de Aprendizaje, siendo incluso más bajo que el promedio de los casos incestuosos. En el grupo de AS No Incestuoso, también los resultados bajos en ambas escalas, acompañaron la asociación diagnóstica TEP-TA.

Si bien siguiendo la Clasificación Francesa se muestra escaso el efecto de SEP o TN sobre puntajes medios de ambas escalas, cuando ambos diagnósticos confluyeron (SEP+TN) los puntajes de las mismas tendieron a disminuir casi a un nivel significativo. Estos resultados interesan al asociar la mayor afectación de áreas de funcionamiento, con los Trastornos de Aprendizaje (DSM IV) y los Trastornos Neuróticos (CFTMEA-R-2000) y no con el Trastorno de Estrés Postraumático.

4.4 Conclusiones

4.4.1 Áreas de Funcionamiento

Corroborando la hipótesis, las áreas de funcionamiento global psicológico, social y escolar, así como el funcionamiento global de la actividad relacional se vieron afectadas con mayor severidad, siendo los puntajes más bajos en el Abuso Sexual Incestuoso que en el Abuso Sexual No Incestuoso; asimismo cuando éste fue perpetuado, dicha afectación fue semejante al Abuso Sexual Incestuoso.

La repercusión negativa se observa mejor en las evaluaciones de funcionamiento, que claramente indican la mayor gravedad del Abuso Incestuoso y del No Incestuoso Perpetuado. No puede afirmarse en este estudio si la gravedad en los incestuosos, va unida

al tipo de relación o a la perpetuación, aunque hay elementos que surgen del grupo no incestuoso perpetuado, para sospechar que este factor es fundamental, dada la importante asociación del Abuso Incestuoso con la perpetuación.

Según nuestro estudio el Abuso No Incestuoso Perpetuado se acerca a las manifestaciones y deterioro del incestuoso, mientras, el menos grave en sus consecuencias es el AS No Incestuoso y No Perpetuado.

Ligado a los funcionamientos referidos, el Abuso Sexual Incestuoso se desarrolla en grupos primarios de apoyo con problemas y presenta más alta proporción de niños derivados a instituciones del estado para su crianza. Los hallazgos ameritan que la asistencia de un niño abusado sexualmente incluya a todo el grupo familiar, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos, debiéndose descartar el abuso sexual de otros integrantes del mismo y atender particularmente los grupos en que se detectan situaciones de maltrato físico, delincuencia, conductas sexuales de riesgo y existencia de otro hermano abusado.

4.4.2 Expresiones Psicopatológicas

En el Abuso Sexual Incestuoso los hallazgos demuestran diferencias significativas en el diagnóstico del Trastorno en las Relaciones Vinculares en la Infancia (DSM IV), habiendo pertenecido todos los casos al citado grupo. Este cuadro es de grave pronóstico viéndose afectada tempranamente la estructuración psíquica; si bien desde este estudio no se puede determinar si es causa predisponente del abuso o consecuencia del mismo, cuando es diagnosticado se debe descartar la existencia de abuso sexual.

En el Abuso Sexual No Incestuoso predominaron significativamente los Trastornos de Ansiedad No Especificados (DSM IV), mientras según la Clasificación Francesa, los Trastornos de las Funciones Instrumentales que afectan el rendimiento escolar, se detectan como significativos, aunque este resultado plantea la necesidad de nuevas investigaciones.

Los Abusos Sexuales No Incestuosos sin Perpetuación, según nuestro estudio, han constituido el grupo de menor gravedad en su afectación psíquica, caracterizándose la misma, por Manifestaciones Reactivas (CFTMEA-R- 2000) predominantes, siendo los que tuvieron menos Trastornos del Aprendizaje y los más altos promedios de puntuación en todas las áreas de funcionamiento global psicológica, social, escolar y de actividad relacional.

Cuando existe perpetuación en el AS No Incestuoso, los Trastornos de Aprendizaje No Específicos (DSM IV), se presentaron significativamente asociados a la citada

condición; con tendencia a desarrollar Trastornos Neuróticos (CFTMEA-R- 2000) que provocan algún grado de fracaso escolar; dentro de los mismos particularmente el Trastorno Neurótico con Preponderancia de las Inhibiciones, aparece significativamente relacionado a la perpetuación.

4.4.3 Correlación entre Expresiones Psicopatológicas Áreas de Funcionamiento y Variables Seleccionadas

Los Trastornos de Aprendizaje (DSM IV) o los Trastornos Neuróticos (CFTMEA-R-2000), tanto en el AS Incestuoso como en el AS No Incestuoso afectan negativamente las áreas de funcionamiento, en particular la actividad relacional (EEGAR) o bien dicha actividad relacional es condicionante del desarrollo psicopatológico. Esta afectación se halla relacionada con dichos diagnósticos más que con el Trastorno de Estrés Postraumático.

En base a los resultados de este estudio, el tipo de funcionamiento psicopatológico predominante en los AS Incestuosos sería mixto reactivo-neurótico mientras que en los AS No Incestuosos predominaría el reactivo. Algunas manifestaciones detectadas están relacionadas con la edad y género de las víctimas.

El tipo de funcionamiento reactivo guardaría relación con el Trastorno por Estrés Postraumático mientras el neurótico con los Trastornos de Aprendizaje, pudiendo las víctimas de menor edad, tener una mayor tendencia al funcionamiento reactivo, en tanto que las de mayor edad al funcionamiento neurótico. Esto también sería aplicable a diferencias de género, con mayor tendencia a funcionamiento reactivo en el sexo femenino y al neurótico en el masculino.

En base a nuestra investigación, la alteración del aprendizaje escolar, está principalmente relacionada al tipo de funcionamiento neurótico y no al Estrés Postraumático como expresión reactiva. Asimismo tiene particular importancia en dicha afectación, las características de respuesta materna negativa y ambivalente, no dependiendo del tipo de relación con el victimario. Las serias consecuencias que determina el fracaso escolar, como resultante de los Trastornos de Aprendizaje No Específicos (DSM IV) o los Trastornos Neuróticos que provocaron algún grado de fracaso escolar (CFTMEA-R- 2000), se hallan altamente ligadas a la protección negativa y ambigua de la madre, particularmente en los Abusos Sexuales Incestuosos.

Considerando el predominio del Trastorno por Estrés Postraumático o Síndrome de Estrés Postraumático en la muestra del total de víctimas de AS puede interpretarse que esta

expresión psicopatológica respondería al hecho traumático, sin distinción de circunstancias individuales o sociofamiliares, aunque la perpetuación podría aumentar la severidad del cuadro, debiendo realizarse más investigaciones al respecto. Las conductas sexualizadas se manifiestan relacionadas a este diagnóstico y ligadas a la edad, mayormente en menores de seis años e independientemente del género y la relación con el victimario. La existencia de conflicto con el sexo en sí, estaría relacionada a la presencia de Síndrome de Estrés Postraumático y/o Trastorno Neurótico, particularmente en los casos de AS Incestuoso. También en estos casos la protección negativa-ambigua de la madre y la prolongada duración del secreto, se asocian a estos diagnósticos, acentuándose con el gradiente que va de Síndrome de Estrés Postraumático a Trastorno Neurótico y la asociación de ambos.

Los grupos estudiados presentan diferencias en la frecuencia de algunos cuadros que tendrían que ver particularmente con la relación con el victimario y la perpetuación del abuso, importando especialmente la duración del secreto y el tipo de protección materna. Esto lleva a considerar como imprescindible la indicación en los casos de abuso sexual infantojuvenil, de asistencia psicoterapéutica a la madre, con un criterio que atienda particularmente sus aspectos intrapsíquicos, relacionales e interaccionales con la víctima y todo el grupo familiar; asimismo en el abordaje familiar, las modalidades de sostenimiento de secretos familiares, deben ser reconocidas y especialmente tratadas.

El trabajo de comparar los resultados de las diferentes clasificaciones nos permitió una perspectiva más holística, facilitando la comprensión de esta compleja problemática. Más aún los resultados reafirman la importancia de los aportes psicodinámicos, muchas veces dejados de lado en las investigaciones.

4.4.4 Conclusión Final

Se concluye que en el abuso sexual en menores se afectan áreas de funcionamiento psíquico y se presentan diferentes expresiones psicopatológicas, de mayor severidad cuando es incestuoso que cuando no lo es. En el AS No Incestuoso existe diferencia significativa de mayor severidad cuando el mismo ocurre en forma perpetuada, condición que lo equipara en su gravedad a los efectos del AS Incestuoso.

La importante afectación psíquica que produce el abuso sexual en etapas evolutivas tempranas, cuando es intrafamiliar incestuoso o cuando es perpetuado en el tiempo, amerita que se extremen las medidas para su detección precoz y un abordaje psicoterapéutico adecuado que permita incidir en los tres niveles de prevención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGREST M, NEMIROVSKY M. 1997. Análisis de las revistas de psiquiatría en Buenos Aires. *Acta psiquiatr psicol. Am Lat.*; 43 (3): 222- 230.
2. ALLE A.M. 2000. Abuso Sexual incestuoso en niños y adolescentes desde la práctica hospitalaria. *Infanto. Rev. Neuropsiqu.da Inf. e Adol*; 8(2): 61-72.
3. ALLE A.M. 2001, Abuso Sexual en niños y zonas grises. *La Fuente*; V N° 19:4-5.
4. ALLE A.M. CASTRO R.M.2004. Características psicológicas del adolescente en Guías Clínicas en la Adolescencia. Córdoba, Argentina. Ed. Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba: pp 25-33.
5. BELLAK L. BELLAK S. 1977. Test de Apercepción Infantil (CAT), trad. Analore Bernstein, Buenos Aires: Editorial Paidós.
6. BENDER L. 1977.Test Gestáltico Visomotor. 7ª Ed. Buenos Aires. Editorial Paidós.
7. BERBERICH HJ, NEUBAUER H. 2004 Mar. Urological dysfunction after sexual abuse and violence. *Urologe A*; 43(3): 273-7.
8. BERENSTEIN I.1991.Psicoanálisis de la estructura familiar. Ed.3º, México, Ed. Paidós: pp 38-58.
9. BOWLBY J. 1989. Una base segura. España, Ed. Paidós: p 42.
10. BRECHER E. M. M.A.1982. Historia de la investigación y estudio de la sexualidad humana. Tratado de Psiquiatría, Freedman A. Kaplan H. Sadock B 2ª Ed. Barcelona, Ed.Freedman A. Kaplan H. Sadock B. Salvat S.A; II: 1502-1507.
11. BREEN J.L.MD, GREENWALD E.MD,GREGORI C. MD.1972. The molested youn female, evaluation and therapy of alleged rape. *Pediatric Clinics of North America*. August Vol 19 N° 3: 717-720.
12. CLASIFICACIÓN FRANCESA DE LOS TRASTORNOS MENTALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (CFTMEA-R-2000) 4º Revisión. 2004.1º Edición, Buenos Aires, Ed. Polemos.
13. COSENTINO C. HEINO F. MEYER-BAHLBURG H. ALPERT J. WEINBERG S.GAINES R.1995 August.J.Am.Acad. Child Adolesc.Psychiatry; 34:8.
14. CÓDIGO PENAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.
15. COLLIN-VEZINA D, HEBERT M. 2005 Jan.Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls. *J. Nerv Ment Dis*; 193(1):47-52.
16. CRAISSATI J, MCLURG G, BROWNE K.2002. Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually victimized as children. *Sex Abuse*; 14 (3):225-39.
17. CHESS S.1967.Introducción a la Psiquiatría Infantil. Bs. As 1º Ed. Ed. Paidós; pp105-112.
18. De AJURIAGUERRA J. 1977. Manual de Psiquiatría Infantil. Edición 4ta. Ed. J.De Ajuriaguerra. Toray-Masson S.A.; Cap XII:361-407, Cap. XVIII: 607-658, Cap. XXVI: 941-959.
19. DEBLINGER E, Mc LEER SV, ATKINS MS, RALPHE D, FOA E. 1989. Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Child Abuse Negl*; 13 (3): 403-8.
20. DE JONG A.1988 Maternal Responses to the Sexual Abuse of their children. *Pediatric January*: vol 81:14-21.
21. DSM IV. 1995. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1º Ed, Barcelona, Ed. Masson.
22. ESCOBEDO CHAVEZ E Y OTROS. 1995. Abuso sexual en pediatría: factores epidemiológicos. *Bol. Med Hosp. Infant Mex*; Vol. 52 N° 9: 528-553.
23. ERIKSON E. 1959. Infancia y Sociedad. Buenos Aires, Ed. Hormé: pp 71-72.

24. EZPELETA L, GRANERO R, De la OSA N.1999. Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través de la Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*; N° 1: 18-26.
25. FERREYRA A.1980. Mitos familiares, en Bateson y otros. *Interacción Familiar*, Montevideo, by EBA Ediciones de la Bahía: pp 154-163.
26. FINKELHOR D. MOORE D,HAMBY SL,STRAUS M. 1997 Jan. Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse Negl*; 21 (1): 1-9.
27. FOX K, GILBERT B.1994 Oct. The interpersonal and psychological functioning of women who experienced childhood physical abuse, incest and parental alcoholism. *Child Abuse Negl*; 18 (10) 849-58.
28. FREUD A. 1977. *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
29. FREUD A. 1973. *Normalidad y patología en la niñez*. Edición 1°, Buenos Aires, Ed. Paidós.
30. FREUD S.1943. *Tótem y Tabú en Obras Completas de Freud*. Traducción de alemán por Luis Lopez Ballesteros y de Torres, Edición 7°, Buenos Aires, Ed. Americana; VIII: pp9-54.
31. FREUD S. 1943. *Una Teoría Sexual y Otros Ensayos en Obras Completas de Freud*. Traducción de alemán por Luis Lopez Ballesteros y de Torres, Edición7°, Buenos Aires, Ed. Americana; II: 288-290.
32. GARCÍA J, ADAMS J FRIEDMAN L, EAST P. 2002. Links between past abuse, suicide ideation, and sexual orientation among San Diego collage students. *J. Am Coll Health*; 51 (19): 9-14.
33. HENDERSON J. 1982. *Incesto. Tratado de Psiquiatría*, Freedman A. Kaplan H. Sadock B. Barcelona, Ed. Freedman A. Kaplan H. Sadock B. Salvat; II: pp1693-1694.
34. HOOPER C.1994. *Madres sobrevivientes al abuso sexual de sus niños*, Buenos Aires, Ed. Carol-Ann Hopper, Nueva Visión.
35. HULME PA. 2004 May. Retrospective Measurement of childhood abuse: a review of instruments. *Child Maltreat*; 9(2): 201-17.
36. HULME P. AGRAWAL S. 2004 Apr. Patterns of childhood sexual abuse characteristics and their relationships to other childhood abuse and adult health *J. Interpers Violence*; 19(4):389-405.
37. HUSSEY J, CHANG J, KOTCH J. 2006. *Child Maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences*. *Pediatrics*; Vol. 118 No. 3: 933-942.
38. JACKSON D. 1980. *Interacción Familiar, Homeostasis Familiar y Psicoterapia Familiar Conjunta*, en *Interacción Familiar Bateson y otros*, Montevideo, by EBA Ediciones de la Bahía: pp164-195.
39. KAPLAN H.1982. *Trastornos psicofisiológicos. Tratado de Psiquiatría*, Freedman A, Kaplan H. y Sadock B. 2° Ed. Barcelona. Salvat Editores S.A; II: 1795-1796.
40. KELLOG N. And the Committee on child Abuse and Neglect. 2005. *The Evaluation of Sexual Abuse in Children*. *Pediatric*; 116: 596-512.
41. KENDALL-TACKETT K, WILLIAMS L, FINKELHOR D. 1993 Jan. Impact of sexual abuse in children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull*; 113 (1):164-80.
42. KIENBERGER P, MARTONE M. 1992. *Interdisciplinary Evaluations of Alleged Sexual Abuse Cases*.*Pediatrics*; Vol 89 N°6:1164-1168.
43. KINSEY A. POMEROY W. MARTIN C.1949. *Conducta sexual del varón*. 1° Edición Española. México, Editorial Interamericana S. A: pp141-171, p 53.

44. KINSEY A. POMEROY W. MARTIN C. GEBHARD P. 1954. Conducta Sexual de la mujer. Buenos Aires, Ed. Médico Quirúrgica: pp 93-171.
45. LAPLANCHE J. PONTALIS J. 1998. Diccionario de Psicoanálisis, Ed. 1º, Ed. Paidós: pp 447-451, pp 94-95.
46. LIDZ T, CORNELISON A, CARLSON D, FLECK S. 1980. El medio intrafamiliar del paciente esquizofrénico: la transmisión de la irracionalidad, Interacción Familiar, Bateson y otros, by EBA Ediciones de la Bahía, Montevideo: pp 81-110.
47. LOLAS STEPKE F. 1996. La investigación clínica como innovación relevante. Acta psiquiatr Psicol. Am Lat.; 42 (3): 216-221.
48. MACHOVER K. 1963. Dibujo de la Figura Humana: Un método de investigar la personalidad. Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico, Anderson y Anderson. Madrid, Rialp.
49. MARCELLI D., De AJURIA J. 1996. Psicopatología del niño. 3º Edición, Barcelona, Ed. Masson S.A: pp 233-247, p194, pp49-63.
50. MARCHALL R, GARAKANI A. 2002 Jun Psychobiology of the acute stress response and its relationship to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. Psychiatr Clin North Am; 25 (2): 385-95.
51. McCLELLAN J, McCURRY C, RONNEI M, ADAMS J, EISNER A. STORCK M 1996 October. Age of onset of sexual abuse: relationship to sexually inappropriate behaviors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 35 (10):1375-1383.
52. McCLELLAN J, McCURRY C, RONNEI M, ADAMS J, STORCK M, EISNER A. SMITH C. 1997 Jul. Relationship between sexual abuse, gender, and sexually inappropriate behaviors in seriously ill youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 36 (7): 959-65.
53. MIAN M, MARTON P, LEBARON D, BIRTWISTLE D. 1994 Aug. Familial risk factors associated with intrafamilial sexual abuse of three to five year old girls. Can J. Psychiatry; 39 (6): 348-53.
54. MINUCHIN Salvador. 1986. Familias y Terapia Familiar, 5º Edición, Buenos Aires, Ed. Gedisa: pp 78-107.
55. MIRAS M. ALLE AM MARTÍN S. 2007. Propuesta diagnóstica a partir del abordaje interdisciplinario del Abuso Sexual en niños y adolescentes (en prensa).
56. MITCHELL K, FINKELHOR D, WOLAK J. 2005 Feb. The internet and family and acquaintance sexual abuse. Child maltreat; 10 (1): 49-60.
57. MOIZESZOWICZ J. MOIZESZOWICZ M. 2000. Psicofarmacología y territorio freudiano, 1º Ed. Buenos Aires, Ed. Paidós: pp124-143.
58. MURRAY H. 1977. Test de Apercepción Temática (TAT), trad. Delia Carnelli. Buenos Aires: Editorial Paidós.
59. OFFER D., SIMON W. 1982. Estadios del desarrollo sexual. Tratado de Psiquiatría, Freedman A. Kaplan H. Sadock B. Barcelona, Ed. Freedman A. Kaplan H. Sadock B. Salvat: 1545-1554.
60. ONOSTRE GUERRA R. 2000. Abuso Sexual en niñas y niños. Consideraciones clínicas. Arch argent pediatr; 98 (1): 27-33.
61. PERRONE R.; NANNINI M. 1997, Violencia y abuso sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional. Ed. 1ª, Buenos Aires, Editorial Paidós: pp113-142.
62. PORTIELES A. 2002. El conflicto internalizado y el trastorno por estrés posttraumático. Camagüey Cuba, disponible en <http://www.psiquiatria.com>.; 6(4), accedido el 29-11-2006.
63. RAPAPORT D. 1965. Tests de Diagnóstico Psicológico. 2º Ed. Buenos Aires: Editorial Paidós.
64. RECA T. 1976. Psicología, Psicopatología, Psicoterapia. 2º Ed. México, Siglo XXI

- editores: pp 223-253, pp 67-201.
65. RECA T. 1976. Psicoterapia en la infancia. 3ª Ed. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
 66. ROY A. 2002 Nov. Childhood trauma and neuroticism as an adult: possible implication for the development t of the common psychiatric disorders and suicidal behaviour. *Psychol Med*; 32 (8): 1471-4.
 67. SADOFF R.1982.Otras Desviaciones Sexuales. Tratado de Psiquiatría Freedman A. M. Kaplan H. I. Sadock B. J. 2ª Ed. Barcelona. Salvat Editores S.A. II: 1701-1707.
 68. SALAMANCA RODRIGUEZ R. 1986. Sexualidad. Psiquiatría, Vidal G, Alarcón R Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana S. A.: p 401.
 69. SANZ D. MOLINA A.1999. Violencia y abuso en la familia. Argentina, Ed. Sanz y Molina, Lumen/Hvmanitas: pp 38-39, p 40.
 70. SARLES R.1975. Incest. *Pediatric Clinics of North America*; Vol 22 N°3: 633-642.
 71. SELVINI M.1994. Secretos Familiares, cuando el paciente no sabe. *Terapia Familiare*; 45:1-16.
 72. SPATARO J, MULLEN P, BURGESS P,WELLS D. MOSS S. 2004. Impact of child sexual abuse on mental health,Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*; 18 4: 416-4 2.
 73. SPEIER Anny.1970.Psicoterapia de Grupo en la Infancia, 2º Edición, Buenos Aires, Ed. Proteo: pp 19-24.
 74. SPEIER A. 1972. Los Procesos de Simbolización en la Infancia. Buenos Aires, Ed. Proteo.
 75. SPEIER A.1983. Psicoterapia del Grupo Familiar. Ed. 1ª, Buenos Aires, Ed. Psique.
 76. SUMMIT R. 1983.The Child Sexual Abuse Accomodation Síndrome, *Child Abuse&Neglect*,7.
 77. THEODORE A, CHANG J, RUNYAN D, HUNTER W, BANDIWALA S, AGANS R. 2005. Epidemiologic features of de physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas.*Pediatrics*;115(3):331-7.
 78. UNICEF 2005.Situación de la niñez y adolescencia en la triple frontera de Argentina, Brasil y Paraguay: Desafíos y Recomendaciones. www.unicef.org/argentina/spanish/triplefrontera.doc.
 79. VARA A 1985.Corrientes en el mundo guaraníco. Todo es Historia, Félix Luna. Bs. As.: Emilio Perina Edit.: pp3-24.
 80. VIDAL G. 1986. El trastorno mental. Tratado de Psiquiatría, Vidal G. Alarcón R. Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana S. A.: p 219.
 81. WALKER J, CAREY P, MOHR N, STEIN D, SEEDAT S. 2004. Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Womens Ment Health*; 7:111-121.
 82. WESCHLER D.1976. Wisc. Escala de Inteligencia de Wechsler para niños. Madrid: TEA.
 83. WIND T. SILVERN L.1994 May. Parenting and family stress a mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse Negl*; 18 (5): 439-53.
 84. WYNNE L, RICKOFF I, DAY J, HIRSCH S.1980. Pseudomutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos, en Bateson y otros. *Interacción Familiar*, Montevideo, by EBA Ediciones de la Bahía: pp 111-153.
 85. WOODLING B, KOSSORIS P.1981. Sexual Misuse: Rape, Molestation and Incest. *Pediatric Clinic of North America*; Vol 28 n° 2: 481-485.
 86. YEHUDA R,McFARLANE AC, SHALEV AY. 1998. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event *Biol Psychiatry*; 15; 44 (12): 1305-13.
 87. YOUNG J, KAPLAN D, PASCUALVACA D., BRASIC J.1995. Examen Psiquiátrico del lactante el niño y el adolescente. Tratado de Psiquiatría Freedman

- A, Kaplan H, Sadock B.6ª Ed. Buenos Aires: Ed. Inter-Médica S.A.I.C.I.; 4: 2089-2123.
88. ZAZZO R. 1963. Manual para el examen psicológico del niño. Buenos Aires: Kapelusz.

Durante la realización de esta investigación, con la información obtenida de la misma, los modelos de abordaje e instrumentos diagnósticos utilizados, se realizaron las siguientes publicaciones y comunicaciones entre los años 2001 a 2004.

ALLE A.M. 2000. Abuso Sexual incestuoso en niños y adolescentes desde la práctica hospitalaria. *Infanto. Rev. Neuropsiqu. da Inf. e Adol*; Vol. 8(2):61-72. Trabajo científico que recibió el Premio “Dra. Telma Reca -Psiquiatría Infantojuvenil” otorgado por la Asociación Argentina de Neurociencias en el 23º Congreso Argentino de Neurociencias realizado del 5 al 7 de Junio de 1998 en Mar del Plata - Argentina

ALLE A.M. 2001. Abuso Sexual en niños y zonas grises. *La Fuente*; V N° 19:4-5.

ALLE A.M. 2001. Modos y tiempos de intervención terapéutica en casos especialmente problemáticos de Abuso Sexual en menores. *Las Patologías de la Modernidad, Conferencias y Ponencias. 1º Congreso de Salud Mental de la Provincia de Córdoba 1º Encuentro de Profesionales de Salud Mental del Cono Sur. Publicación de la Dirección de Salud Mental Ministerio de Salud del Gobierno de Córdoba. 1º Edición Diciembre.*

ALLE A.M. CASTRO R.M. 2004. Características psicológicas del adolescente en Guías Clínicas en la Adolescencia. Córdoba, Argentina. Ed. Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba: pp 25-33.

MIRAS M. ALLE AM. MARTÍN S. 2007. Propuesta diagnóstica a partir del abordaje interdisciplinario del Abuso Sexual en niños y adolescentes (en prensa).

ANEXO