



SUGIA

2.ª TEMPORADA VOL. 7 N.º 3

UNIDAD TEMÁTICA

VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Violencia familiar
maltrato y abuso infantil

Protocolo para la atención
del abuso sexual y violación

Explotación sexual
de niños, niñas y adolescentes

No más
niñas madres

La educación
como factor protector

Imperioso y urgente:
terminar con la violencia sexual
en niños/as y adolescentes

La protección
de la infancia y adolescencia
frente a las violencias





**SOCIEDAD URUGUAYA DE GINECOLOGÍA
DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
(SUGIA) 2018-2020**

Presidenta

Dra. Marianela Lourido

Vicepresidenta

Dra. Stella Sollier

Secretaría

Dra. Patricia Di Landro

Tesorera

Dra. Leticia Rieppi

Protesorera

Dra. Gabriela Fernández

Coordinación de actividades científicas

Dra. Gabriela Ferreyra – Dra. Estela Conselo

Dra. Selva Lima – Dra. Deborah Laufer

Dra. Adriana Zuviría

Coordinación de publicaciones

Dra. María Inés Martínez – Dra. Soledad Estefan

Dra. Gabriela Fernández

Coordinación de actividades en el interior

Dra. Mónica Lijtenstein – Dr. Eric Quevedo

Dra. Natalia Sica – Dra. Carolina Ríos

Coordinación de intervención en la comunidad

Dra. Gricel Valerio – Dra. Alba Morgade

Dr. Germán Doce – Profa. Patricia Pivel

Vocales

Dra. Alma Martínez – Dra. Gabriela Chifflet

Dra. Graciela Gadola – Dra. Graciela Garín

Dra. Paula Oholeguy

Comité científico

Dra. Estela Conselo – Dr. José Enrique Pons

Dra. María Inés Martínez – Dra. Selva Lima

Dra. María Luisa Banfi – Dr. Roberto Sergio

Dra. Sandra Keuchkerian – Dra. Leticia Rieppi

Dra. Gricel Valerio – Dra. Deborah Laufer

Dra. Soledad Estefan



FREEIMAGES.COM

COMITÉ EDITORIAL

Editora honoraria

Dra. **María Inés Martínez**

Coordinadoras

Dra. **Soledad Estefan**

Dra. **Gabriela Fernández**

Dra. **Estela Conselo**

Dr. **José Enrique Pons**

Dra. **Selva Lima**

Dra. **María Luisa Banfi**

Dra. **Sandra Keuchkerian**

Dra. **Leticia Rieppi**

Dra. **Gricel Valerio**

Dra. **Deborah Laufer**

Dra. **Mónica Lijtenstein**

Argentina

Dr. **José María Méndez Ribas**

Dra. **Marisa Labovski**

Dra. **Inés De La Parra**

Dra. **Silvia Oizerovich**

Chile

Dr. **Ramiro Molina**

Dra. **Adela Montero**

Costa Rica

Dr. **José Vidal Sáenz**

Cuba

Dr. **Jorge Peláez**

Panamá

Dra. **Margarita Castro**

Perú

Dra. **Milagros Sánchez**

Venezuela

Dra. **María Mercedes Pérez**

Diseño gráfico

Alejandro Sequeira

<www.alejandrosequeira.com>

Corrección

Graciela Álvez

Plataforma digital

Copetín

<www.copetin.com.uy>

Revista de SUGIA

2.ª TEMPORADA. VOL. 7 N.º 3

Órgano oficial de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia (SUGIA), fundada en 1993. Federada a la Sociedad Ginecotológica del Uruguay (SSU). Miembro de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (Alogia). Sede actual del Comité Ejecutivo - Período 2017-2019. Miembro de la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ).

ÍNDICE

05 **Editorial** Dra. María Inés Martínez

07 **Unidad temática**

VIOLENCIA Y ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Dra. Gricel Valerio (Uruguay)

12 **Violencia familiar, maltrato y abuso infantil: ¿cómo nos enfrentamos a estas realidades?**

Dr. Julio O. Cukier (Argentina)

16 **Protocolo para la atención del abuso sexual y la violación.** Bases para la atención correcta de la víctima

Dra. Alejandra Giurgiovich (Argentina)

38 **Explotación sexual de niños, niñas y adolescentes**

Dra. Mónica Lijtenstein (Uruguay)

44 **No más niñas madres**

Dra. Cristina Lustemberg (Uruguay)

52 **La educación como factor protector de niños, niñas y adolescentes**

Profa. Patricia Pivel (Uruguay)

62 **Imperioso y urgente: develar y actuar para terminar con la violencia sexual que sufren niñas, niños y adolescentes en Uruguay**

A. S. Mariela Solari Morales (Uruguay)

72 **La protección de la infancia y adolescencia frente a las violencias**

Lic. T. S. Andrea Tuana (Uruguay)



FREEIMAGES.COM

Estimados lectores:

«El altísimo costo social, psicológico y en vidas humanas que conlleva la violencia ha sido determinante para que en esta oportunidad la unidad temática seleccionada sea la Violencia Doméstica, con especial énfasis en una de sus variantes: el abuso sexual.»

Así comenzaba el editorial de nuestra Revista en el número 2, volumen 4, del año 2002. Ese año en Uruguay también se aprobó y publicó en el mes de julio la ley N.º 17.514 de Violencia Doméstica que declara de interés general las actividades orientadas a su prevención, detección temprana, atención y erradicación.

Han transcurrido 16 años y hoy volvemos a retomar el tema. Lamentablemente no podemos comunicar que lo realizado en este período haya logrado erradicar la violencia y el abuso sexual en la infancia y la adolescencia. Existe una mayor conciencia social de la importancia de terminar con este flagelo, que va de la mano de una mayor difusión y denuncia de los casos. La violencia no solo afecta a Uruguay y a la región, sino que es un problema generalizado en todos los países del mundo. Su origen multifactorial requiere acciones desde las distintas áreas involucradas, que actúen en conjunto de forma transdisciplinaria e intersectorial.

Este número ofrece al lector herramientas que ayudan a detectar situaciones de violencia y abuso sexual, y que lo orienten en las posibles intervenciones.

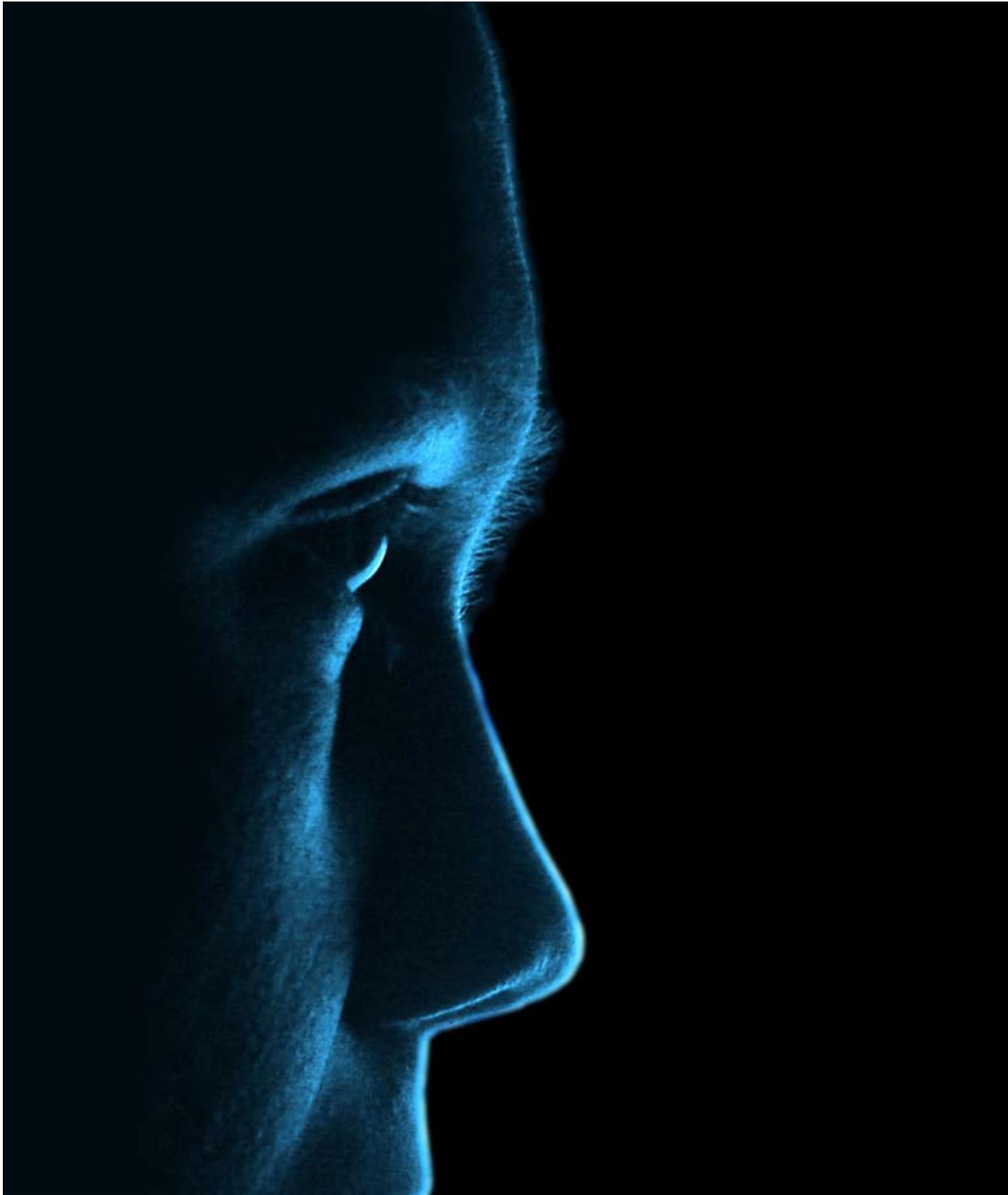
Los autores, representantes expertos en distintas disciplinas, presentan los modelos explicativos de la violencia, cómo llegar al diagnóstico, sus consecuencias y los recursos legales vigentes. El Comité Editorial agradece efusivamente este valioso aporte.

Compartimos con ustedes la satisfacción de haber cumplido con la tarea prometida: hemos completado los tres números de la Revista correspondientes al año 2018. Este desafío que parecía muy difícil de llevar a cabo, solo se ha podido concretar por la generosidad y solidaridad de todos los autores que han participado. Reciban nuestro agradecimiento.

Se recuerda que siempre hay un espacio disponible para aquellos que quieran publicar casos, investigaciones o puestas al día. Los esperamos.

Es el deseo de *SUGIA* que el próximo año nos volvamos a encontrar a través de estas páginas y que 2019 los colme de dicha, amor y trabajo.

Dra. María Inés Martínez



VIO LEN CIA

Y ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

GRICEL VALERIO

Ginecotócola (Universidad de la República, Udelar) / Perinatóloga (Centro Latinoamericano de Perinatología, CLAP) / International Fellow of Pediatric and Adolescent Gynecology (Ifepag) / Integrante del Comité Científico de la Asociación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia (Alogia) / Expresidenta y actual miembro del Comité Científico de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia (SUGIA) / Secretaria regional del Comité de Adolescencia de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Flasog) / Coordinadora del Espacio Adolescente y Equipo de Referencia en Violencia Basada en Género y Generaciones (VBGG) de Mutualista Universal.

grival@adinet.com.uy

Resumen

La violencia contra niños, niñas y adolescentes es un flagelo mundial, y el abuso sexual es la forma más grave de maltrato infantil y adolescente. Representa una vulneración extrema de sus derechos, y transversaliza todos los estamentos sociales, económicos y culturales. Es un problema multicausal, y como tal su abordaje debe ser multidisciplinario. En esta unidad temática colaboran prestigiosos autores nacionales y regionales provenientes de diversas disciplinas. Desde su especialidad nos brindan su enfoque a través de análisis y propuestas de acciones: marco legal, proyectos sociales y educativos, protocolos, mapas de ruta.

Palabras clave: violencia, abuso sexual infantil y adolescente, protocolos, leyes.

Abstract

Violence against children and adolescents is a global scourge, and sexual abuse is the most serious form of child and adolescent abuse. It represents an extreme violation of their rights, and translates all social, economic and cultural elements. It is a multi-causal problem, and as such its approach must be multidisciplinary. In this thematic unit, prestigious national and regional authors from different disciplines collaborate. From their specialty they give us their approach through analysis and proposals of actions: legal framework, social and educational projects, protocols, route maps.

Key words: violence, child and adolescent sexual abuse, protocols, laws.



Ninguna forma de violencia contra niños, niñas y adolescentes es justificable, y toda violencia es prevenible.

Paulo Sergio Pinheiro

Introducción

En nuestro país las cifras de casos de violencia sobre niñas, niños y adolescentes (NNA) son alarmantes.

En la Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones (2013), surge que 1 de cada 3 mujeres declara haber padecido violencia en su infancia, en sus distintas formas, donde aparece la violencia sexual.

Según datos proporcionados en abril de 2018 por el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (Sipiav), en el año 2017 se registraron 3155 situaciones de violencia contra niñas, niños y adolescentes; 508 casos más de los que se registraron en el año 2016, lo

cual supone un aumento del 19 % en la denuncia de casos. En el 22 % de los casos se trató de abuso sexual; 3 de cada 4 son niñas y 1 de cada 5 son menores de 5 años.

La mayoría de estas situaciones de violencia sexual se mantiene en el tiempo, debido a condiciones facilitadoras que las legitiman y naturalizan desde los más diversos ámbitos: intrafamiliares, culturales, sociales, económicos y políticos.

Asistimos a lo que se denomina violencia basada en género y generaciones (VBGG).

Implica una relación asimétrica de poder del victimario sobre la víctima, por su edad o posición, ejercida mayormente sobre niñas, lo cual se agrava por el pacto de silencio familiar y/o social.

Este tipo de violencia, sufrida desde edades tempranas del desarrollo psicofísico, va a dejar secuelas, de leves a severas, consecuencias del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y expresadas como:

- manifestaciones psicósomáticas;
- disfunciones afectivas y conductuales;
- disfunciones sexuales.

En Uruguay se trabaja desde el año 2006 cuando el Ministerio de Salud Pública convoca a las Instituciones de Salud, públicas y privadas, a formar sus Equipos de Referentes para el abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer. Se elaboraron y actualizaron Guías en 2006, 2007 y 2009.

En los últimos años se avanzó hacia el abordaje de la violencia sin límite de edad ni sexo, lo que se denomina violencia basada en género y generaciones (VBGG).

El Ministerio de Salud Pública, luego de un proceso de revisión, validación y adaptación del Manual propuesto por la OMS, publica en 2018 un manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud: *Manual de atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual*. Se incluye la atención a niños, niñas y adolescentes, con los Protocolos de abordaje en los Servicios de Urgencia y Emergencia.*

Presentación de la unidad temática

Es un honor para mí presentar la unidad temática de nuestra revista.

El abordaje de estas complejas situaciones necesariamente requiere de muchos actores y diversas disciplinas.

Participan en esta edición autores de nuestro país, y representando a la hermana República Argentina, el Dr. Cukier y la Dra. Giurgiovich.

Pertenecen a distintas especialidades y profesiones: medicina, pediatría, ginecología, psicología, área social, judicial, educativa y políticas públicas.

De todos ellos conocemos su larga trayectoria en el abordaje de estas situaciones, probada formación académica, calidad científica, y dedicación a esta problemática.

Agradecemos su aporte, fruto de su vocación incondicional, dirigida a mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes.

* Disponible en: <www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Manual%20C1%C3%ADnico%20SNIS-MSP_2018_R.pdf>.

«Ante las atrocidades hay que tomar partido. La posición neutral ayuda siempre al agresor, nunca a la víctima. El silencio estimula al verdugo, nunca al que sufre.»

ELIE WIESEL (Nobel de la Paz 1986)

Dr. **Julio Osvaldo Cukier**, pediatra neonatólogo, especialista en adolescencia, que nos transmite su pensamiento y su visión desde su experiencia personal en el abordaje de estas situaciones. Con 50 años de ejercicio de su profesión, sigue involucrado en este tema como director de la Fundación ADOS, convocando a profesionales y técnicos dedicados a la atención integral de adolescentes.

Dra. **Alejandra Giurgiovich**, ginecóloga, con una propuesta de Protocolo para la Atención del Abuso Sexual y la Violación, herramienta fundamental para brindar una correcta atención, con enfoque de derechos, evitando la revictimización.

Dra. **Mónica Lijtenstein**, ginecóloga, nos enfrenta a la cruel realidad de la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNA), en nuestro país y la región. Flagelo que transversaliza la sociedad y tiene múltiples actores, en un entramado de corrupción y dinero muy difícil de desarticular. Plantea acciones a nivel nacional y regional.

La violencia ejercida contra niños, niñas y adolescentes es un problema social multicausal, y el abuso sexual es la forma más grave de vulneración de sus derechos. Implica la invasión total del cuerpo, la psiquis y el proyecto de vida de la persona.

Dra. **Cristina Lustemberg**, pediatra, analiza y propone acciones para enfrentar el embarazo en niñas menores de 15 años, que implica una grave vulneración de derechos, y riesgos para su salud. Nos actualiza sobre el lanzamiento en Uruguay de la campaña *Niñas, no madres* (Amnistía Internacional).

Prof. de Enseñanza Media **Patricia Pivel**, con su enfoque de la educación como factor protector de NNA, así como el rol fundamental que cumplen las instituciones educativas en acciones de prevención y de intervención en situaciones de violencia detectadas en el ámbito educativo, aplicando protocolos y mapas de ruta.

Mag. **Mariela Solari**, desde su actual función como directora de la Unidad de Víctimas y Testigos de la Fiscalía General de la Nación, realiza aportes fundamentales sobre los procesos de acceso a la justicia para NNA que son víctimas de violencia sexual. Es prioritario que los profesionales o técnicos que detectan o realizan el abordaje de estas situaciones conozcan el marco legal vigente, para apoyar a la víctima y su familia.

Mag. **Andrea Tuana**, de larga trayectoria orientada al abordaje de la violencia doméstica y sexual hacia mujeres, niños,

niñas y adolescentes como directora de la ONG Asociación Civil El Paso, desarrollando proyectos a nivel regional y como consultora en organismos regionales e internacionales.

Nos describe la terrible indefensión que experimentan NNA, debido a las prácticas intolerables que se siguen ejerciendo en el abordaje de estas situaciones.

Nos aporta conocimientos y herramientas para ayudar en la protección de las víctimas.

Reflexiones

Desde nuestro lugar en el Equipo de Salud, cualquiera sea nuestra área, tenemos la necesidad y la responsabilidad de capacitarnos para dar respuestas oportunas y soluciones viables. En especial quienes ejercemos la Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, tenemos un lugar propio e intransferible en la atención de las víctimas.

En ese sentido, auguramos que las exposiciones de los prestigiosos invitados serán de suma utilidad en la actualización de conocimientos, para nuestros colegas y todos quienes intervienen en la atención de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia o abuso. ■



JULIO
O. CUKIER

Pediatra (Universidad de Buenos Aires, UBA) / Especialización en Adolescentes en Washington Children Hospital / Ex secretario académico Facultad de Medicina UBA / Ex coordinador docente del Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan / Director médico de Fundación ADOS. Atención Integral de la Salud del Adolescente.

jocukier@gmail.com

VIOLENCIA FAMILIAR, MALTRATO Y ABUSO INFANTIL: ¿CÓMO NOS ENFRENTAMOS A ESTAS REALIDADES?

1. Introducción

La violencia es y ha sido a través de los tiempos una actitud presente en toda la historia de la civilización.

En cada época y en cada lugar ha tomado diferentes formas de expresión.

Las guerras han sido la forma más extensa de expresar la violencia y están relacionadas con las características sociales, geopolíticas y económicas de una sociedad.

Sin embargo, hay una forma de violencia cotidiana que parte de la individualidad de los seres humanos y que está íntimamente relacionada con su historia, con sus experiencias y vivencias.

Se discutió mucho el factor genético en la raíz de las actitudes violentas.

Es probable que algunos trastornos genéticos puedan incluir dentro de la patología el factor violencia. No es el objetivo de este artículo discutir este aspecto.

Si comparamos la violencia en los humanos con la violencia en el reino animal podríamos decir, con algunas excepciones, que la gran diferencia entre unos y otros es que muchas veces se agrega en los humanos un elemento: la *crueldad*.

Y creo seriamente que no es un aditamento menor.

Si aceptamos que la violencia forma parte de la naturaleza humana tenemos que agregar que también forman parte otras características que actúan como contrapeso en esa potencialidad: los afectos, la sensibilidad, la solidaridad.

Es entonces que comienzan a tener importancia todas las experiencias que nos van a llevar a desarrollar un aspecto sobre otro.

El lugar y la valoración de esas conductas dependerá del lugar, en especial el hogar, la escuela, los ámbitos recreativos, sin olvidar que la sociedad en diferentes épocas valora la misma conducta como aceptable o no.

Eso transforma la conducta del ser humano en algo muy complejo y que se va formando como un mosaico o un rompecabezas con múltiples partes.

2. Definición

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como:

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

3. Consecuencias de la violencia

Estas situaciones son susceptibles de generar miedo, sufrimiento, tristeza o incluso violencia en el otro o en un grupo como respuesta.

Podríamos enumerar situaciones como el *bullying*, el abuso o el maltrato como ejemplos típicos de estas situaciones.

La violencia de género es reconocida recién ahora como un elemento agravante y es tenida en cuenta, pero no en todos los países o comunidades.

Este dato es importante porque la adolescencia es una época en donde los noviazgos violentos son frecuentes, y requieren una atención especial por las consecuencias inmediatas y mediatas que producen.

Muchas de estas situaciones violentas tienen como base la imagen del *poder* que el violento trata de ejercer sobre los demás.

En las instancias familiares es donde muy frecuentemente se producen estas situaciones por la asimetría entre los padres y los hijos o entre los miembros de la pareja, y muchas veces ese «poder» se ejerce en forma agresiva, violenta. Y a medida que los niños van creciendo en ese ambiente de hostilidad, y a pesar del impacto negativo que les fue produciendo, comienzan a repetir esas conductas con otros más pequeños o con aquellos que pueden defenderse menos, como compañeros con alguna discapacidad o con aquellos que piensan diferente.

¡Y esto pasa en todos los estratos sociales!

Además, la característica habitual es que es más notable en las sociedades donde las desigualdades económicas y sociales están presentes.

La posibilidad de tener a su disposición todos los elementos lleva a sentirse «todopoderoso» y con derecho a ejercer en un grupo ese poder, y muchas veces se hace a través de diferentes formas de violencia.

Si bien estas situaciones atraviesan transversalmente a la sociedad, son los adolescentes los primeros en ser estigmatizados y acusados de generar violencia, cuando en realidad son el reflejo de lo vivido y aprendido especialmente en el hogar.

También la pobreza, el desempleo, la discriminación, un sistema escolar ineficaz y un sistema de penalidades que impide la resiliencia generan el ejercicio de la violencia.

Más aún, todas estas situaciones descritas también suceden con los padres, docentes y adultos en general, lo cual realimenta la situación de violencia.

Hay que agregar que, si bien estas situaciones atraviesan transversalmente a la sociedad, son los adolescentes los primeros en ser estigmatizados y acusados de generar violencia, cuando en realidad son el reflejo de lo vivido y aprendido especialmente en el hogar.

Son usados como pantalla detrás de la cual se esconde el resto de la sociedad que necesita buscar un culpable y encuentra en las actitudes adolescentes un blanco fácil. Y no reconoce que esas actitudes están íntimamente ligadas a lo «aprendido» de los adultos.

Según el Dr. Tomas Silber, en su libro *Las semillas de la violencia*, el ser humano nace con las semillas de la bondad, la racionalidad, la tolerancia y la comprensión, pero también con las simientes del odio, de la violencia, de la xenofobia y de la crueldad.

La conducta de los padres, de los docentes y de la sociedad toda es la que va a influir enormemente en la conducta adolescente y que se prolongará posiblemente en la edad adulta.

Si las conductas intrafamiliares se rigen por la violencia, el castigo, la falta de afecto y de respeto, el autoritarismo y la falta de escucha de las necesidades del niño van a generar conductas habitualmente violentas, incluso contra ellos mismos y con los demás.

El primer lugar a considerar para evitar conductas futuras agresivas es el hogar.

Es una función social fundamental informar, explicar, comprender, comunicarse con los adultos de la familia, para poder evitar actitudes que generen niños, adolescentes y futuros adultos violentos.

El primer lugar a considerar para evitar conductas futuras agresivas es el hogar.

Es función de los gobiernos, de los docentes y de toda la sociedad generar escalas de valores que prevengan la aparición de situaciones de violencia.

4. Características de las personas que ejercen violencia, maltrato y abuso dentro del ámbito familiar

Casi todos tienen un patrón común que los lleva a ejercer estas actitudes que incluyen agresión física, psicológica, sexual, económica y patrimonial.

Están incluidos el maltrato infantil en todas sus formas y el abuso infantil.

En general son individuos que no pueden controlar sus impulsos, y que tienen carencias afectivas e incapacidad para resolver problemas. Muchas veces aparentan ser sumisos. Suelen tener baja autoestima y tienen serias dificultades en demostrar afecto.

Uno de los factores que influyen en la repetición de estas conductas es que el agresor trata de mantener fuera del conocimiento de los demás lo que está sucediendo.

Por eso es fundamental generar en la infancia una corriente de comunicación que permita que aquellos que

sufren cualquiera de estas situaciones revelen lo que está sucediendo sin tener temor de las amenazas que el agresor suele utilizar.

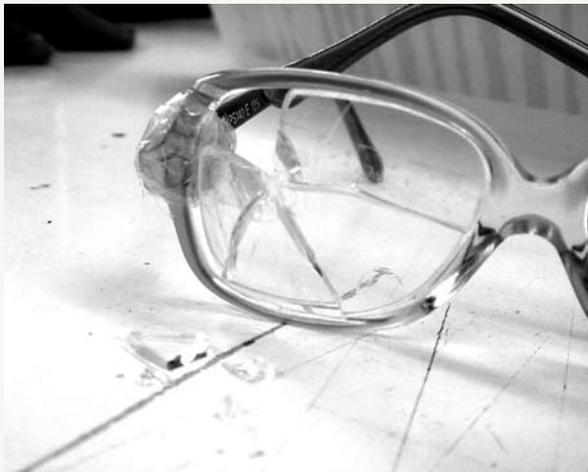
5. Signos físicos y emocionales

Además debemos estar atentos a la aparición de signos físicos como:

- dolores abdominales recurrentes;
- cefaleas frecuentes;
- aparición de enuresis y/o encopresis;
- infecciones urinarias repetidas;
- inflamaciones de la zona genital o anal;
- la aparición de alguna enfermedad de transmisión sexual.

Entre los cambios emocionales que suelen aparecer, tanto en el abuso como en el maltrato, están:

- cambios de humor inexplicables;
- conductas hipersexualizadas;
- mentiras frecuentes;
- sobreadaptación;
- retraimiento social con aislamiento y no participación en actividades familiares; escolares o sociales que eran habituales;
- conductas regresivas o agresivas;
- temores inexplicables ante ciertas personas o situaciones;
- desórdenes alimentarios;
- trastornos de la conducta alimentaria;
- intentos de suicidio o infringirse lesiones;
- disminución severa de la autoestima;
- cuadros de depresión o ansiedad;
- llantos reiterados sin causa aparente;
- fobias;
- hiperactividad;



FREEMAGES.COM

El *bullying* es una forma de violencia que es cada vez más frecuente en nuestra sociedad, al que se suman las diferentes formas que la tecnología ha aumentado, como el *ciberbullying*, el *sexting* y el *grooming*.

- alteraciones del sueño;
- comienzo precoz del uso de drogas o alcohol.

Hay que agregar en las posibles situaciones de maltrato infantil la aparición de reiteradas lesiones físicas como hematomas, fracturas, lesiones cortantes, y cualquier daño físico que aparezca.

6. ¿Qué hay que hacer?

En todas estas situaciones donde se sospecha violencia familiar, maltrato o abuso infantil y con el objeto de resolver la situación hay que realizar:

- evaluación de la situación;
- confirmar la situación y definir el grado de gravedad para actuar en forma inmediata.

Para la prevención hay que utilizar acciones educativas a nivel social, discutiendo los valores y las creencias de las familias, y tratar de modificar aquellas conductas que generen violencia.

El *bullying* es una forma de violencia que es cada vez más frecuente en nuestra sociedad, al que se suman las di-

ferentes formas que la tecnología ha aumentado, como el *ciberbullying*, el *sexting* y el *grooming*.

Los daños inmediatos y a largo plazo son muy severos.

Es fundamental detectarlo. Esto se consigue estando muy atentos en las escuelas, lugar más frecuente de *bullying*, y además tomando muy seriamente las denuncias que hace el que lo sufre, ya que uno de los problemas serios es que el relato del perjudicado no es creído por los demás.

7. Conclusiones

Todas estas situaciones tienen factores en común, pero tienen características individuales que hay que evaluar.

Uno de los mayores problemas es que la mayoría desconoce o niega estas situaciones, sin tener en cuenta que su frecuencia es enorme.

El porcentaje de violencia familiar es cercano al 20 %; 5 a 8 % corresponde a abuso sexual. Para darnos cuenta de la gravedad del problema debemos sumar la violencia que se produce fuera del ámbito familiar...

Nuestra sociedad sigue sin priorizar valores afectivos solidarios. ■

ALEJANDRA GIURGIOVICH

Médica (Universidad de Buenos Aires), especialista en Ginecología y Obstetricia / Médica legista / International Fellow of Pediatric and Adolescent Gynecology (Ifepag) / Ex Fellow del National Children's Hospital, Washington DC, Estados Unidos / Certificada en Ginecología Infanto-Juvenil de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (Sagij) / Expresidenta de Sagij / Jefa de la Sección de Ginecología Infanto-Juvenil de la División de Ginecología del Hospital de Clínicas José de San Martín / Coordinadora de la Sección Ginecología de Fundación ADOS, Buenos Aires, Argentina.

alejandragiurgiovich@yahoo.com.ar

PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL Y LA VIOLACIÓN

BASES PARA LA ATENCIÓN CORRECTA DE LA VÍCTIMA

Gritar, tener miedo, llorar tapándote con tu almohada... es lo que les ocurre en la niñez a los que sufren en silencio el maltrato. Para que vuelvan a reír, hablar, confiar y ser felices: primero escucha para vaciar su dolor y enojo, dales protección y comprométete a brindarles seguridad y confianza.

Resumen

Se presenta la propuesta de un protocolo para la atención del abuso sexual y la violación, aplicable a niñas, niños y adolescentes. La protocolización evita errores en el procedimiento, en un momento donde todo es angustiante para pacientes y profesionales actuantes. Evita el olvido de los pasos médicos, psicológicos y legales que constituyen el eje del comienzo de un proceso judicial para ayudar a la paciente-víctima.

Palabras clave: Protocolo abuso sexual infanto juvenil, violación, registro, toma de muestras, evidencias.

Abstract

The proposal of a protocol for the care of sexual abuse and rape is presented, applicable to children and adolescents. The protocolization avoids errors in the procedure, in a moment where everything is distressing for patients and acting professionals. It avoids forgetting the medical, psychological and legal steps that constitute the axis of the beginning of a judicial process to help the patient-victim.

Key words: Protocol child and adolescent sexual abuse, rape, registration, sampling, evidence.

Introducción

Desde hace años se busca la forma de realizar un protocolo científicamente correcto para trabajar con abuso sexual infanto-juvenil (ASIJ) de niñas/os y adolescentes (NNA), que sea legamente válido y fácil de utilizar, y que evite revictimizar.

Muchas instituciones realizaron revisiones de los protocolos ya existentes para hacerlos amigables, fáciles de realizar; simples, pero muy completos.¹

Pero ¿realmente la formación y la información son suficientes? ¿La información está bien dirigida?, ¿es clara?

También hay un componente individual de cada ser humano que debe aplicar estos protocolos, que nos lleva a preguntarnos sobre la falta de compromiso de los profesionales actuantes, los distintos sentimientos que puede tener el profesional que se enfrenta a un abuso. Por lo general, puede sentir temor a lo que se enfrenta y preguntarse qué hacer ante el diagnóstico. Puede no conocer los aspectos médicos para sospechar un abuso (signo/sintomatología psicofísica), o los aspectos médico-legales del lugar donde realizamos la práctica.²

Se comenzó desde hace años solo con el aspecto forense, y luego se correlacionaron marcas más sutiles, difíciles de diagnosticar y los hallazgos de laboratorio: cultivos, observación de espermatozoides en el microscopio y, por último, la biología molecular con pruebas de ADN.³

Finalmente, se agregan los estudios de psiconeuroendocrinología, y neurología propiamente dicha, que nos muestran con cierta certeza lesiones imborrables cerebrales.⁴

Todo esto es de vital importancia para el diagnóstico psicológico y psiquiátrico. Las develaciones en la consulta médica, el tratamiento psicológico o la utilización de la Cámara Gesell, así como otras tecnologías médicas como la resonancia magnética nuclear que nos muestra lesiones cerebrales en los casos crónicos.⁵

En la mayoría de los casos el ASIJ no deja lesión, por lo cual es fundamental la interdisciplina como forma de abordarlo; a veces una mirada psicológica es la develación. Este aspecto de abuso sin lesión corporal visible lo describe muy bien J. Anderst: «La mayoría de las víctimas que relataron contacto repetido pene-genital que sugería la percepción de un cierto grado de penetración no tenía pruebas definitivas de la penetración en el examen del himen».⁶

J. Adams sostiene: «Hasta el 85-95 % de los niños que dan un claro historial de abuso sexual pueden tener exámenes físicos inespecíficos o normales, debido a la curación del trauma o actos que no dan lugar a un traumatismo».⁷

Observar, escuchar y reproducir lo que nos devela una víctima de maltrato, abuso sexual o violación, o alguien relacionado con ella, así como la sospecha del acompañante o la nuestra como profesionales, además de ser una tarea interdisciplinaria, se realiza en forma estructurada y protocolizada.

Hoy en el mundo ya están muy claras cuáles son las lesiones psicofísicas del abuso y el maltrato. Sin embargo, aún no hay una estadística de este problema, y esto no es algo sorprendente, ya que las personas que son abusadas y sus familias cuando se animan a realizar la denuncia por lo general son maltratadas, no escuchadas y a veces enviadas a diferentes lugares sin darles solución ni contención. También impide la denuncia la vergüenza, y el miedo a realizarla.⁸

La falta de denuncia se atribuye a varios motivos. A menudo no se sospecha porque se desconocen sus caracte-

En la mayoría de los casos el ASIJ no deja lesión, por lo cual es fundamental la interdisciplina como forma de abordarlo.

rísticas. Tanto los profesionales de la salud como aquellos que trabajan con varones y mujeres en las etapas de niñez y adolescencia a veces no nos damos cuenta; otras veces, nos apabullan. El pensar en la posibilidad de abuso, maltrato o violación hace que no sepamos qué hacer, o simplemente no queremos compromiso con problemas de esta índole. Tiene también un peso importante la historia personal del profesional que actúa en un caso de abuso.

Se pensó en la instrucción de profesionales cuyas actividades tuviesen relación con posibles víctimas, para enseñarles a las personas encargadas de cuidar cómo hacer el contacto con estas víctimas, a dar una mayor información, qué observar, qué y cómo preguntar, qué investigar. En el caso de profesionales de la salud, cómo realizar estas historias clínicas que luego resultan fundamentales a la hora de un juicio.

Toda acción preventiva de información, formación, dejar claros los pasos a seguir tanto a los profesionales, a los administrativos y a los alumnos protege a las posibles víctimas. No se sabe quién será el agresor, pero sí se puede proteger a las personas vulnerables.

Estas reuniones de entrenamiento y concientización, «obligatorias», dependientes de cada jefe de servicio, di-

rector de colegio o rector de universidad no han dado los resultados esperados por la falta de compromiso. Pensar que no pasa en sus lugares, tomar con ligereza estas situaciones y el desconocimiento de las leyes vigentes hace que las personas involucradas no tomen real conciencia de lo que ocurre con la vida de una persona abusada.

Sin embargo, en muchos lugares del mundo se impulsan claves muy fuertes de convivencia. Por ejemplo, University College London realiza al comienzo de cada año académico talleres denominados *Tolerancia cero* a situaciones de abuso, maltrato, violación y *bullying*, destinados a estudiantes de primer año a quienes se les informa sobre las políticas institucionales vigentes. Y refuerzan el derecho de las personas a buscar ayuda y denunciar si viven o son testigos de acoso sexual. Aquí vemos cómo la institución respalda a las personas en su propia protección.⁹

En mi propia experiencia, en una institución del conurbano bonaerense, provincia de Buenos Aires, Argentina, era obligatorio concurrir a 3 reuniones anuales, de 4 horas de duración, sobre temas de violencia familiar, maltrato, abuso y violación. Se realizaban para todos los integrantes de las guardias médicas, servicios de pediatría, cirugía, ginecología y obstetricia, y laboratorio. Se enviaba invitación a las maestras de las escuelas del lugar, quienes, por lo general, concurrían, al igual que las obstétricas. Aunque eran de carácter obligatorio, concurrían pocos o ningún profesional de las áreas más sensibles en las que se pueden detectar estos problemas. En los profesionales de la salud se veía un marcado interés en no tener problemas legales, pero incongruentemente sostenían que era un hecho que los violentaba y que no sabían manejar. El máximo de concurrencia se veía en la primera charla.

Para trabajar con estos casos hay que tener respeto por el otro, tener conocimiento científico sobre qué especialidades y temas abarca el abuso, hacernos cargo y comprometernos con la ayuda de los pacientes, así como buscar ayuda si no podemos realizar la atención correcta y necesaria solos.

La protocolización de estas situaciones hace posible perder el miedo, estar seguros al brindar la atención y realizar un seguimiento adecuado.

¿Por qué hacer un protocolo?

En el accionar médico, es el conjunto de procedimientos destinados a estandarizar un comportamiento o conducta médica frente a una situación específica, necesaria para no cometer errores.



Ayuda a evitar errores

Figura 1. ¿Por qué utilizar un protocolo para ASIJ, maltrato y violación?

Objetivo de un protocolo para manejo del abuso sexual

Según el *Diccionario de la lengua española* (Real Academia Española, 23.ª ed., Madrid: Espasa, 2014) la palabra *protocolo* procede del latín tardío *protocollum* 'primera hoja de un documento con los datos de su autenticación', que procede del griego bizantino. La cuarta acepción de la palabra la define como «Secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc.»

La protocolización es la «acción y efecto de protocolizar», es decir, «incorporar al protocolo una escritura matriz u otro documento que requiera esta formalidad».

Es el procedimiento escrito que ayuda a evitar el olvido de pasos, equivocar procedimientos y fundamentalmente, evitar errores (figura 1).

Situaciones de ASIJ, maltrato o violación nos desestructuran, violentan o provocan miedo. El profesional que recibe a estos pacientes que consultan en forma inesperada muchas veces no sabe qué hacer, no conoce hasta dónde preguntar, no conoce la ley, no sabe si denunciar, las complicaciones de este último acto, etc.

Justificación para la utilización Un protocolo para abuso sexual o violación

¿Qué beneficios reportaría?

- Evitar la revictimización.
- El médico se sentiría más seguro en su accionar.
- Se evita obviar u olvidar actos médicos imprescindibles.
- Realizar una historia clínica sin errores.
- Evitar la pérdida de evidencia.

Figura 2. Beneficios del uso de protocolo para ASIJ, maltrato y violación

La protocolización evita errores en el procedimiento, en un momento donde todo es angustiante para pacientes y profesionales actuantes. El protocolo beneficia al médico actuante y a la víctima (figura 2).

Las bases de la protocolización que proponemos se basan en distintos autores: Unicef, Organización Panamericana de la Salud (OPS), distintas universidades, primer protocolo realizado en Argentina a nivel hospitalario, etc.¹⁰⁻¹²

Para lograr su cometido el protocolo idealmente perfecto debe tener, indefectiblemente: compromiso médico; se debería realizar en un lugar especial, sin interrupciones, donde el/la paciente se sienta protegido/a, no expuesto/a y se debería realizar juntamente con el hospital (médico, psicóloga, trabajadora social), la justicia, forenses, comisaría de la mujer o lugares preparados desde la justicia para recibir estos casos, utilizando historias clínicas especiales y únicas para todas las áreas involucradas.

El momento de la consulta es clave, ya que las acciones que ocurren no pueden volver a repetirse, ni tomar material de estudio luego de algún tiempo, ya que se pierde.

Un protocolo para la atención de pacientes-víctimas de abuso y violación es importante para:

- Evitar errores en el procedimiento.
- Conservar evidencia.
- No olvidar pasos fundamentales desde lo médico legal.
- No perder evidencia irrecuperable
- Evitar la pérdida de evidencia.

Figura 3. Objeto de la protocolización en la atención de pacientes con abuso, violencia o violación

Las situaciones de ASIJ, maltrato y violación son —como dijimos— inesperadas y si no quedan claros la descripción de lesiones, acciones a tomar y los aspectos legales podemos realizar un diagnóstico equivocado, o simplemente no hacer nada y volver a enviar a la víctima a su insufrible situación.

Pero si reconocemos una situación de violación o ASIJ no podemos olvidar ninguno de los pasos médicos, psicológicos y legales. Este es un momento único: el primer interrogatorio, la primera toma de muestras, las lesiones que luego desaparecerán, guardar evidencia. Todo esto es el eje del comienzo de un proceso judicial para ayudar a la paciente-víctima, lo cual es entorpecido por una mala historia clínica; falta de tomas de muestras o pérdida de ellas; preguntas médicas o psicológicas impropias, que podrían implantar palabras o declaraciones que luego perjudican el proceso judicial.

El protocolizar el ASIJ, maltrato y violación tiene por objetivo cubrir todas las áreas posibles y evitar errores (figura 3).



Figura 4. Objeto de la protocolización en la atención de pacientes con abuso, violencia o violación

Realización de un protocolo

Puntos básicos

Los protocolos tienen algunos puntos en común que nunca deben faltar, aunque el resto de los elementos que pueden agregarse dependerá de otros factores: falta de material para la toma de muestras, leyes propias del lugar, cercanía o no del área judicial, etc.

- 1) Datos de la paciente y acompañante.
- 2) Declaraciones de ambos.
- 3) Otros elementos: dibujos, descripciones de la percepción médica de cómo está la víctima en el momento de acudir a la consulta, escribir en la historia clínica entre comillas las palabras «tal cual las dice la víctima y la/el acompañante», nombres, lugares, tiempo en que ocurrió, etc.
- 4) Interrogatorio psicológico. Puede ser en el momento o diferido, pero nunca debe faltar.
- 5) Guardar ropa y objetos que la víctima tenía en el momento de la agresión.
- 6) Examen físico de cuerpo entero.

- 7) Toma de muestras si es necesario, dibujos o fotos.
- 8) Toma para ADN si es necesario.
- 9) Tratamiento médico.
- 10) Denuncia policial, judicial, etc.
- 11) Seguimiento médico-infectológico y psicológico de la víctima.

Forma de aplicación del protocolo

Luego de tener el protocolo consensuado se debe articular entre los distintos actores del lugar donde se aplicará y cómo se realizará la acción.

Cuando hablo de actores me refiero los integrantes del equipo: médico, laboratorio, infectológico, psicológico, trabajo social. A este equipo lo denominamos nivel I (figura 4).

En el nivel I se involucra la forma en la que las/os pacientes-víctimas ingresan al sistema médico.

El nivel I involucra hospital, o consultorio médico o psicológico, trabajo social, policía y/o justicia.

Por lo general trabajo social y policía intervienen desde el hospital.

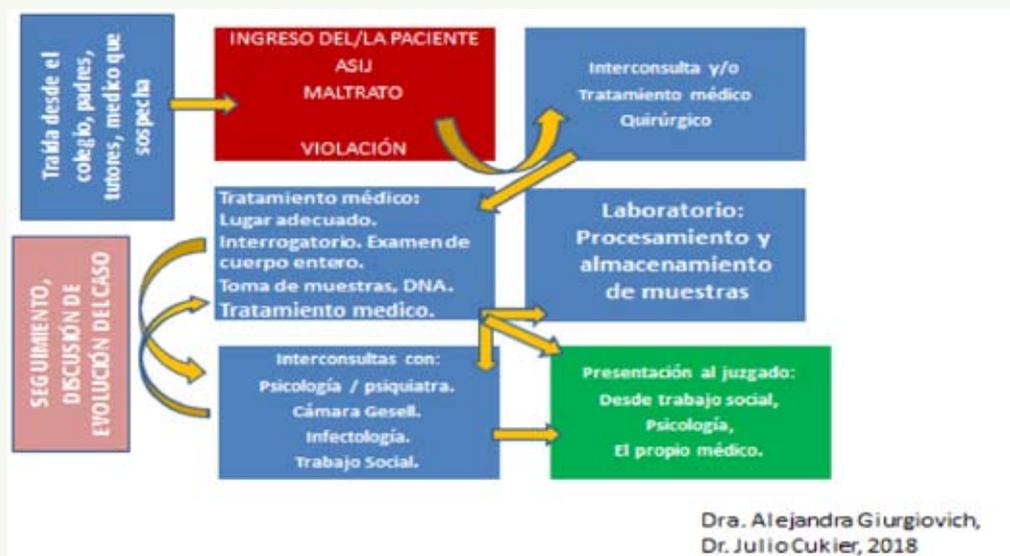


Figura 5. Nivel II: Interacción entre los distintos sectores ante un ASIJ, maltrato y violación

Estos especialistas y sectores pueden actuar juntos física o virtualmente, al igual que el equipo interdisciplinario.

Si estamos en un consultorio privado, lo que hacemos es tratar de tener especialistas para interconsulta telefónicamente: psicólogos, psiquiatras, juzgado, etc.

Esto también puede ocurrir en salas de atención de primer nivel que no tienen especialistas en el momento, pero pueden hacer la interconsulta, la derivación de urgencia o no, acorde al caso, si tienen una red virtual armada.

En el *nivel II* (figura 5) están los distintos sectores que actúan en el caso: colegio (por esto también el lugar educativo debe tener protocolos de acción), hogares públicos, institución desde donde llega la paciente, el hospital donde se realiza el diagnóstico psicofísico de ASIJ, maltrato o violación (la violación es una lesión muy grave de la cual por lo general no quedan dudas). En estos casos se aplica el protocolo. Si la víctima es traída del colegio se debe esperar la llegada de los padres, a excepción de que sean lesiones gravísimas que puedan afectar su vida.

Los sectores involucrados en el procedimiento y articulación con la justicia: médico, trabajo social, policial y justicia constituyen el *nivel II*.

La denuncia a la justicia la realiza trabajo social, el propio médico o el colegio.

A veces la víctima es traída al hospital por policías; entonces, por lo general, solo realizamos el examen, tratamiento médico o psicológico acorde a lo que solicitan. En estos casos, al revisar a un/a paciente con probable abuso, se debe describir con minuciosidad las lesiones. No somos peritos; por lo tanto, no sabemos si hubo en forma cierta una violación o abuso: no estuvimos en el lugar. Nuestro diagnóstico será «compatible con abuso sexual». Si la víctima fue traída por policías se entiende que la judicialización está en marcha.

Si la paciente es hallada en vía pública y es traída por la policía, y debemos proceder a una cirugía, sutura o exámenes, primero se debe comunicar al juzgado. Siempre acorde a la gravedad del caso.

Si, en cambio, es traída por otra persona, y sus padres no concurren, debe primero realizarse la solicitud al juzgado para actuar.

La presentación la puede realizar la policía, el médico, el psiquiatra, psicóloga o trabajadora social.

Protocolo propiamente dicho

Hoy hay tres puntos que interesan mundialmente a las personas que desean cambiar la situación en la protección del abuso sexual, maltrato y trata: *educación, prevención y protocolización* de acciones en detección temprana, tanto en el colegio como en el aspecto sanitario (figura 6).

En Fundación ADOS realizamos acciones de prevención desde hace 5 años, en charlas con adolescentes sobre qué acercamientos, toques, juegos, conexiones digitales son correctos y cuáles no. También orientamos charlas con los adultos en los que los adolescentes confían para favorecer la comunicación de cosas que les parecen extrañas.

Educación. Entre médicos, paramédicos, maestros y personas que puedan estar cuidando o cercanos a NNA. Se enseña a detectar signos y síntomas en las personas maltratadas; a observar acciones violentas, como en noviazgos en los colegios o campus universitarios; se aprende y enseña formas de defensa, a respetar y a cuidarse y cuidar del otro.

Prevención con programas especiales. Semanales, de duración anual en los tres niveles educativos. Tanto para alumnos, docentes, administrativos y cuidadores. Explicar el respeto y cuidado del propio cuerpo y del cuerpo del otro; a no dañarse ni dañar; no fotografiarse o filmarse en escenas íntimas. Respetar y hacer que nos respeten; saber decir no a situaciones peligrosas o agresivas; contar a personas confiables situaciones que parezcan extrañas, etc. Esto desde el jardín de infantes hasta la universidad. Se sugiere como materia anual, de dictado semanal.

Protocolizar. Es el resultado de los pasos anteriores y el consenso entre los actores responsables: Justicia, Ministerio de Educación y Salud de cada país. Para realizar el protocolo se debe tener en cuenta la diferencia entre abuso sexual y violación. El abuso por lo general ocurre desde hace tiempo y la violación es una urgencia.

Solo explicaremos brevemente las diferencias entre ASI, maltrato y violación, ya que excede a este artículo.

La Organización Mundial de Salud en 2011 define la violencia sexual como «todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.»

Es fundamental que las personas que se involucren o atiendan NNA con abuso tengan claro que el abuso sexual, maltrato o violación representan formas de violación de los derechos humanos de las mujeres que producen consecuencias graves y devastadoras y que afectan a la dignidad y calidad de vida.¹³

La Organización Mundial de la Salud en 2011 define la violencia sexual como «todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo».¹⁴

Abuso sexual

Es un proceso con distintas etapas: la primera de *equilibrio*, donde el abusador se «gana la confianza de la menor», luego consigue su propósito y pacta un secreto. En la etapa de *desequilibrio* el/la menor rompe el silencio y comienzan acciones que hacen que el abusador trate de que la persona maltratada se retracte.

Investigación y Trabajo Científico Muestran que en ASIJ y Violación «HOY» son necesarios tres factores:

(Cukier, J y Giurgiovich, A, 2017)

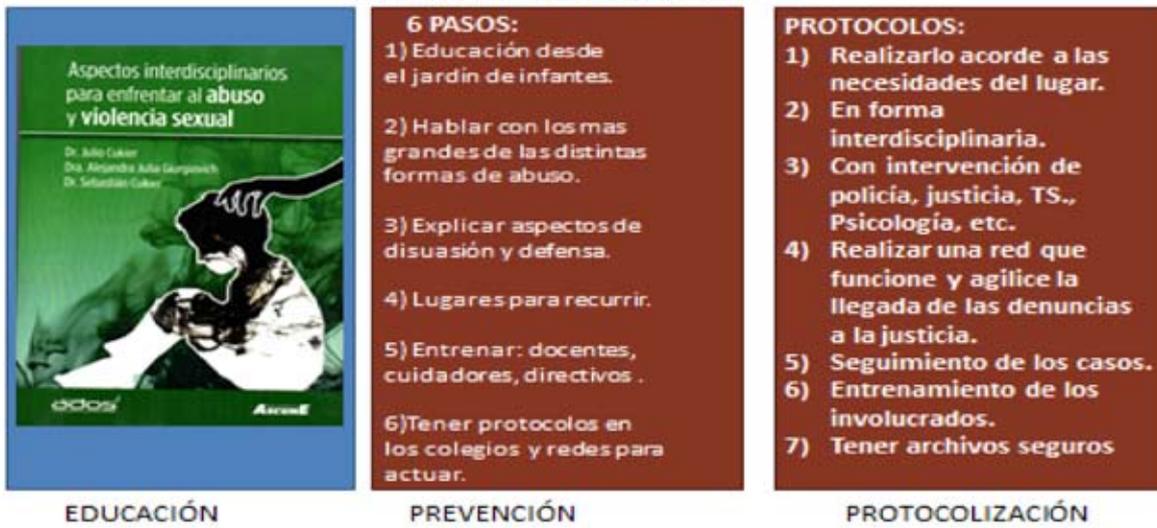


Figura 6. Primera parte del protocolo

Es crónico, y más frecuente en mujeres entre los 10 a 16 años, y en varones entre los 8 a los 12 años. Involucra un secreto y es un acto de poder.

En el 90 % de los casos es un/a persona conocido/a, familiar o cercano a la familia.

Por lo general se devela, se sospecha; a veces lleva mucho tiempo ocurriendo.

Violación

La violación es algo inesperado, ya que la realiza una persona que luego no se vuelve a ver; con una excepción: «el/la violadora serial», que respetará siempre una suerte de rutina.

Casi siempre es grave por la resistencia de la víctima.

Características:

- La efectúa un desconocido/a.
- Es inesperada.
- El victimario no se vuelve a ver.
- No hay preparación previa de la víctima.
- Siempre hay abuso de fuerza y poder.
- Siempre deja lesiones psíquicas y por lo general, físicas.

Por lo general se atiende en las guardias.

Maltrato

Puede ser físico o psíquico y puede o no dejar huellas.

Es difícil diagnosticarlo; a veces los signos y síntomas se asemejan a enfermedades (desnutrición, cambios de carácter, encopresis, enuresis), o son cambios en el rendimiento escolar.

Las marcas corporales raramente se ven; NNA ingresan al hospital varias veces en el año; por lo general faltan al colegio con frecuencia.

Desde lo médico puede tener enfermedades psicosomáticas.

Pueden presentar síntomas ambiguos: infecciones urinarias a repetición, dolores migrantes, estrés postraumático, cambios de sus rutinas, depresión, tristeza, ansiedad,¹⁵ déficit de atención y desorden hiperactivo.¹⁶

También la ley considera maltrato a la falta de alimentación, de higiene, o de cobertura de necesidades mínimas y escolarización cuando el poder adquisitivo de la familia lo permite.

Los golpes, quemaduras, pinchazos, ataduras, etc., por lo general son cubiertos por la ropa; es difícil que un maestro pueda verlos, pero sí un médico/a. Por esto es necesario el examen de cuerpo entero.

Se puede sospechar u observar lesiones que nos hacen pensar en un maltrato, lo que es descubierto a veces luego de meses o años, acorde a la gravedad de las lesiones.¹⁷

¿Ante qué consultas pensamos en ASIJ o situaciones que nos explicitan los NNA?

- Ante los manoseos, frotamientos, contactos y besos sexuales.
- El coito interfemoral (entre los muslos).
- La penetración sexual o su intento, por vía vaginal, anal y bucal, aun cuando se introduzcan objetos.

Exhibicionismo y voyerismo

Actitudes intrusivas sexualizadas, como efectuar comentarios lascivos e indagaciones inapropiadas acerca de la intimidad sexual de los NNA.

- La exhibición de pornografía, en ocasiones, disfrazada como «educación sexual».
- Instar a NNA a que tengan sexo entre sí o fotografarlos en poses sexuales.
- Contactar a un NNA vía internet con propósitos sexuales.

Hay signos altamente sugestivos de ser adquiridos por contacto sexual en los NNA: gonorrea, sífilis, HIV adquirida posnatalmente. También se debe descartar como forma de contagio otras infecciones de transmisión sexual (ITS) menos específicas para el abuso sexual, entre las que se encuentran: virus del herpes simple (produce vesículas genitales); virus de papiloma humano o HPV (produce verrugas genitales). La infección por clamidia produce inflamación pelviana crónica, esterilidad; *Trichomonas vaginalis* produce vulvovaginitis, dolor, disuria.

Actualmente ya no se considera dentro de este grupo al Gamm —*Gardnerella*, anaerobios, *Mobiluncus* y *Mycoplasma*.

Consultorio donde atender estos casos y cómo realizar la entrevista¹⁸

El examen médico debe realizarse sin interrupciones de llamadas telefónicas y sin puertas sin traba que dejen ingresar a cualquier persona; de ser posible, la charla con el acompañante y la víctima se realiza en un lugar distinto del cual se realizó la revisión.

Siempre se estará acompañado de un/a colega, administrativa, enfermera, etc.

Si es posible, se escuchará por separado a la víctima y a su acompañante.

Las preguntas serán abiertas, y se harán con la paciente vestida:

¿Qué ocurrió?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿cuántas veces?, ¿cómo?, ¿qué hiciste luego?, ¿conocías a la persona?, ¿la/lo volviste a ver?, etc.

Uso de la Cámara Gesell

Muchas veces, por tratarse de niños pequeños o que no desean hablar, se utiliza en el interrogatorio la Cámara Gesell.

Se puede utilizar en casos en que, una vez judicializada la denuncia de abuso sexual infantil, es dificultoso que el niño/a exprese lo ocurrido, o si no habla por su edad, o si es traumático volver a decirlo. También se puede utilizar si hay inconsistencia en el relato.

La Cámara Gesell es una habitación acondicionada para permitir la observación con personas.

Son dos ambientes separados por una pared que es un vidrio espejado. Hay un micrófono en un lado de la habitación y parlantes en el otro, y un equipo de video.

Preguntas que nunca se deben hacer*

- ¿Te tocaron la cola, el pene?
- ¿Te metieron un dedo en la cola?
- ¿Te dolió?
- ¿Es cierto que fue tu tío?

* Si realizamos este tipo de preguntas comenzamos a implantar información a NNA en sus discursos, lo que puede causar que sus declaraciones sean rechazadas.

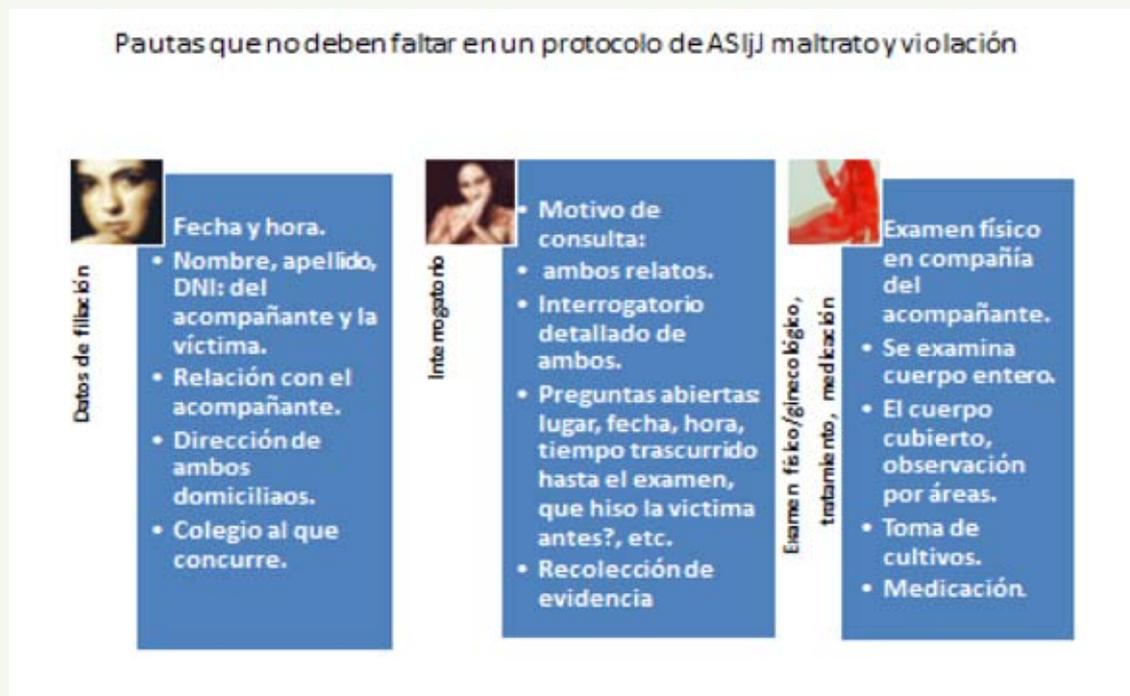


Figura 7. Pautas que no deben faltar en un protocolo de ASIJ, maltrato y violación

De esta manera se pueden escuchar las preguntas del examinador y las respuestas o silencios de la víctima, así como observar sus juegos, dibujos gestos, etc. Todo queda grabado.

Puede utilizarse para escuchar a niñas/os en juicios sin ser revictimizados. No todos los países la aceptan; muchas veces no se acepta como prueba definitiva.

Hay que explicar al niño y a sus responsables que va a ser grabado y filmado: «Antes de empezar la prueba, el chico es llevado por el profesional del otro lado y ve quiénes están, los instrumentos que hay. El niño sabe que lo están grabando y filmando.» Este tipo de test lo realizan personas muy entrenadas.

El especialista «nota cuando un chico está preparado», es decir, que fue instruido a decir determinadas cosas.¹⁹ Del otro lado pueden estar presentes «el juez o el secretario general, el abogado defensor y el acusador, puede estar el fiscal o asesor de menores y los peritos de ambas partes».^{20,21}

Pautas básicas del interrogatorio

La consulta se realiza en forma privada, sin interrupciones.

Se pregunta en forma minuciosa y se escriben las palabras que utilizó la paciente o acompañante para relatar lo ocurrido.

Interrogatorio en lugar cerrado, sin interrupciones, en forma separada paciente y acompañante, en el escritorio y con el/la paciente vestido/a y fuera de la camilla.

Las preguntas sobre lo ocurrido —como se dijo— son abiertas, con pregunta en espejo, sin implantar información.

Consignas para protocolo sobre ASIJ, abuso y maltrato

Hay pautas que no deben faltar en ningún protocolo (figura 7):

1. *Fecha y hora de la consulta.* Por si la lesión no es clara, o no hay lesión y la víctima es agredida posteriormente al examen.

Accionar médico

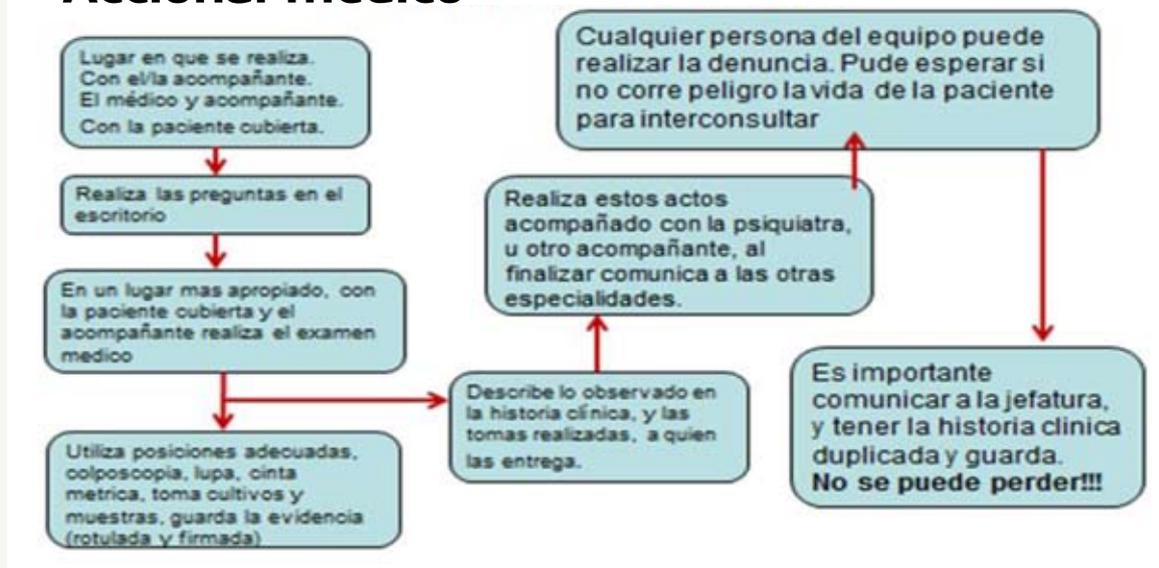


Figura 8. Segunda parte del protocolo

2. **Nombre, apellido y DNI de acompañante y víctima** (para relacionarlos posteriormente). Muchas veces el/la acompañante es el/la abusador/a.
3. **Relación con el acompañante.** Es distinto que sea algún familiar (recordar que el 90 % de las/los maltratadoras/es o abusadoras/es son de la familia) o que sea alguien que encontró a la víctima en vía pública, o un vecino/a que la trae a la consulta. Si la situación de la víctima es grave, y quien la acompaña no es la madre, padre o tutor, debe pedirse autorización a la justicia para actuar.
4. **Motivo de consulta.** Puede ocurrir que la víctima concorra sola o que sea traída con sospecha de abuso, o con abuso consumado; que sea enviada desde el colegio, policía, juzgado o pediatra, o traída por su propia familia. Hay que corroborar lesiones, hacer toma de cultivo y ADN.
5. **Recolección de la evidencia.** Es todo lo que porta la víctima, como vestimenta u objetos que tiene en ese momento o que hubiere usado en el momento de la agresión. Se guardará en bolsa de papel, rotulada con nombre y apellido de la víctima, fecha y descripción del contenido. Cerrar, firmar y sellar. Debe ser de papel, para que los gérmenes anaerobios no degraden la evidencia biológica. También se llama evidencia a los cultivos, fotos y toma de serología, es decir, todo lo que se obtiene del cuerpo de la víctima. Se utiliza un hisopo de algodón seco para ADN y toma de cultivos que, luego de ser estudiados, se deben guardar en frío para posteriores evaluaciones. El 17 de septiembre de 2016 se inaugura banco de ADN de violadores en Argentina.

Recolección de la evidencia

En algunas instituciones, y acorde a la autonomía progresiva de la/el paciente, se debe pedir autorización firmada para realizar examen y toma de test de laboratorio; no solo a la paciente, también al acompañante²² (figura 8).

Recordar que se realiza en un lugar privado, sin interrupciones.

En los casos de probable abuso sexual se debe escuchar los dos relatos por separado, si es posible (pueden diferir).

A veces la víctima llega al hospital con una solicitud puntual de policía o juzgado para tomar cultivos, o tomar serología. Solo debe realizarse lo solicitado, ya que se entiende que la víctima fue vista por un médico forense, y no podemos revictimizarla.

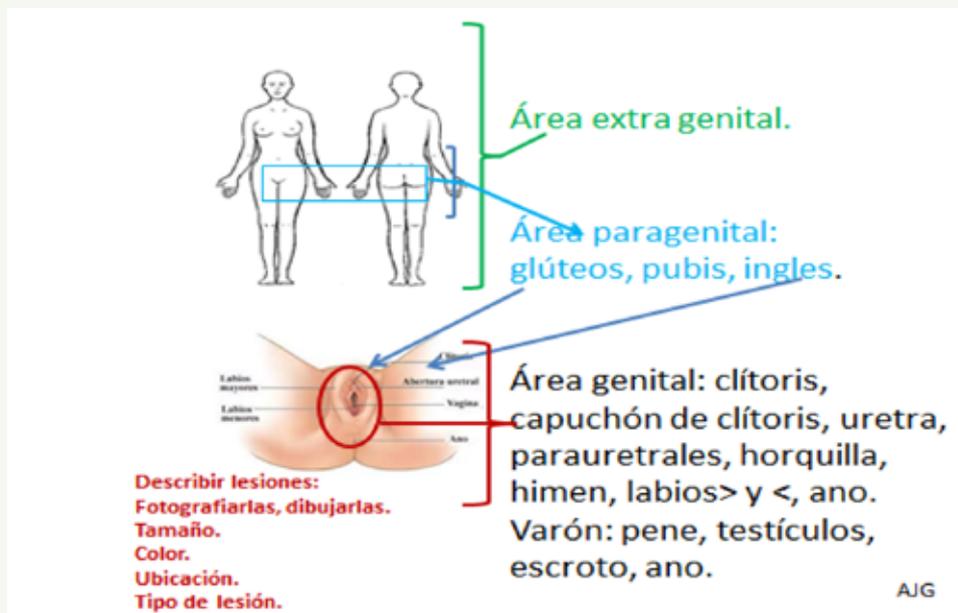


Figura 9. Áreas médicas a explorar en el abuso sexual

Al comenzar el examen no se realizan más preguntas sobre lo ocurrido; sí se explica qué vamos a hacer a la víctima.

El/la paciente debe estar cubierto/a y acompañado/a por la persona que la trajo a la consulta, con una excepción: que **NNA** digan expresamente que «desean estar solos».

Si esto ocurre, se debe dejar constancia en la historia clínica.

El/la médico/a actuante siempre debe estar acompañado.

Se observará a la paciente de cuerpo entero, descubriendo por partes las zonas a examinar: región extragenital, paragenital y genital (figura 9).

- Extragenital. Cabeza, cuello espalda, pecho, mamas, abdomen, miembros superiores e inferiores.
- Paragenital. Pubis, glúteos, ingles.
- Genitales propiamente dichos.

En la mujer

Clítoris, capuchón de clítoris, uretra, glándulas parauretrales, labios mayores y menores, periné, introito, horquilla, himen. Tercio inferior de vagina, ano.

Al comenzar el examen no se realizan más preguntas sobre lo ocurrido; sí se explica qué vamos a hacer a la víctima. El/la paciente debe estar cubierto/a y acompañado/a por la persona que la trajo a la consulta, con una excepción: que nna digan expresamente que «desean estar solos».

Si tuvo relaciones sexuales anteriores o en su defecto bajo anestesia: cuello, vagina. Si es necesario, realizar tacto rectal.

En el varón

Pene, correr el prepucio, uretra, glande, escroto, testículos, ano. Si es necesario, realizar tacto rectal.

Se describen quemaduras, desgarros, cortes, hematomas, etc., con extensión, color, o se fotografían.²³

Especial atención en la descripción de posiciones, elementos utilizados en el examen y lesiones.

La posición en que se realiza el examen genital del varón y mujer debe ser descripta, así como los elementos que se utilizan. Por ejemplo, posición ginecológica o genupectoral, si se utiliza colposcopio y cinta métrica inextensible o si se realiza examen a ojo limpio.

Descripción de lesiones en himen o ano; del himen, según «la hora acorde al giro de las agujas del reloj» y la posición, ya que se oponen, si es genupectoral o posición ginecológica. Desgarros o escotaduras que llegan a más o

menos el 50 % del grosor del himen. Describir dilatación himeneal medida con centímetro inextensible.

Ejemplos:

1. Posición genupectoral, con colposcopio, desgarrro en hora 7 de himen, que llega hasta base de implantación.
2. Posición ginecológica, hora 5 escotadura que ocupa la totalidad del himen engrosado e hipervascularizado.

Las mismas posiciones se usan para ano.

Debe detallarse si los desgarrros de ano e himen son antiguos o recientes, y se describe posición y grado de desgarrro.

Si la lesión es antigua puede haber retracciones o dilataciones que deben medirse con centímetro²⁴ (figura 10).

Toma de cultivos

Si hay lesiones, del lugar de la lesión y si fue reciente, hasta 72 horas.

Preguntar si hubo lavados vaginales.

La toma se realizará de los lugares agredidos: fauces, uretra, vagina, ano.

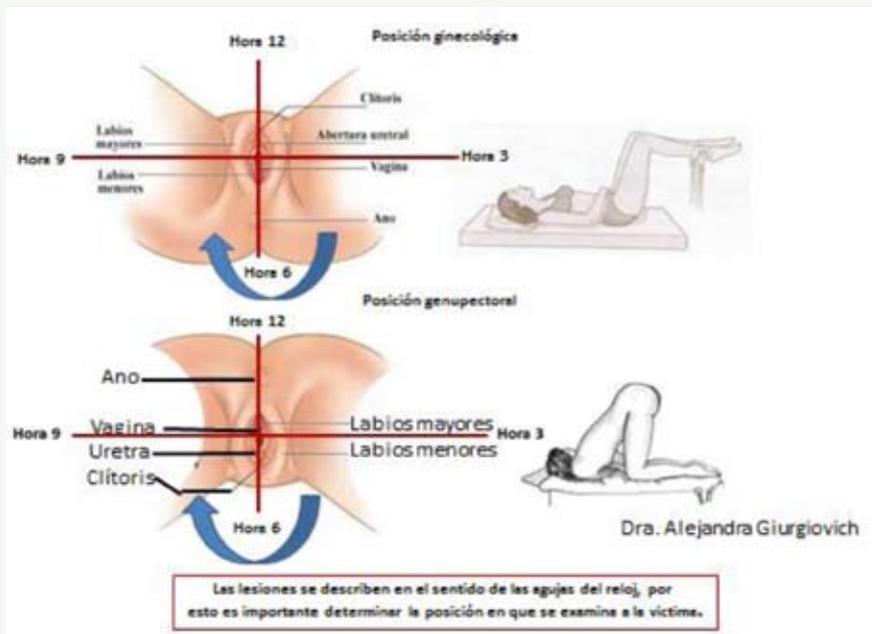


Figura 10. Descripciones de lesiones en himen y ano en distinta posición

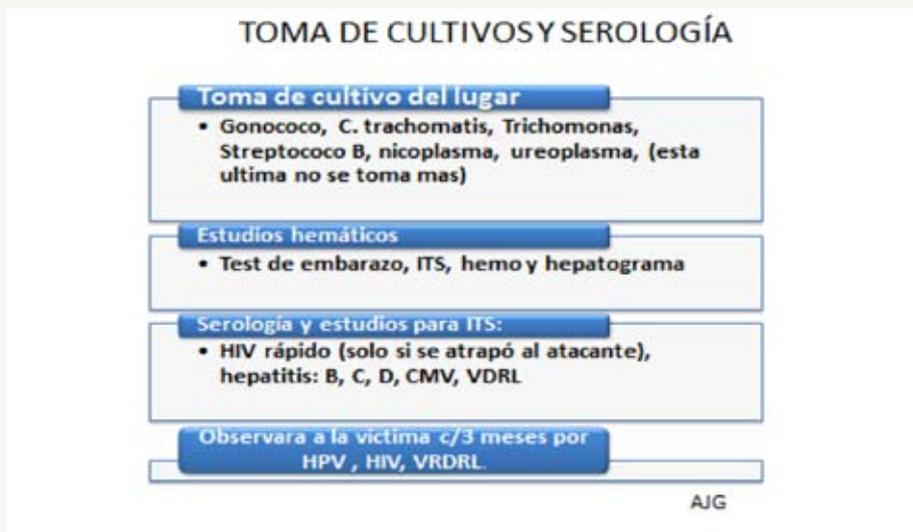


Figura 11.
Toma de cultivo



Figura 12.
Recolección de muestras

Puede haber fluidos. Se realizará toma en fresco y cultivo.

Si, en cambio, no hay secreción, se tomará una cánula fina, con agua destilada (aproximadamente 5 cm³), se lavará la cavidad y se aspirará. Este material se usa para estudio.

Toma de cultivos y muestras

Actualmente se indica estudio de infección de HIV; VDRL; hepatitis B, C, D; HPV (en tiempo posterior), toma de cultivos para clamidia, ureoplasma, mycoplasma, gonococo, trichomonas²⁴ (figuras 11 y 12).

Para este paso, cada institución puede preparar materiales en una caja, donde se indique qué medio de transporte utilizar o toma realizar acorde al lugar agredido. De esta manera se abreviará el tiempo, ya que no se perderá en preocuparse por procurar el material necesario para las tomas de muestras y cultivos.

Luego de finalizado el examen se clasifica lo hallado: examen normal, sugestivo de abuso, probable o posible de abuso y confirmatorio de abuso sexual.

Varios autores trabajaron en la clasificación de las lesiones, signo-sintomatología hallada.

Presentamos las dos clasificaciones que nos parecen más adecuadas a la utilización diaria.

Clasificación de J. A. Adams

En su última clasificación Adams deja tres categorías: normal, no específica y la tercera que da datos más específicos o certeros. En la figura 13 vemos que cada categoría presenta varias opciones que pasamos a explicar.

Categoría 1

- 1a. Variantes normales. Bandas periuretrales, pliegues longitudinales intravaginales, apéndice y convexidad himeneal, escotadura en V o U menor al 50 % de la totalidad del himen, diastasis anal, espesamiento del borde himeneal, etc.
- 1b. Otras condiciones médicas. Lesiones vasculares, excoriaciones, liquen escleroso plano, infección a estreptococo, prolapso de uretra, cuerpo extraño en vagina, eritema del vestíbulo o la zona himeneal, secreción vaginal, fisuras anales, dilatación anal mayor a 2 cm, enfermedad de Behçet, sinequia de labios menores, aplanamiento de pliegues anales, etc.

Categoría 2

- 2a. Hallazgo insuficiente o contradictorio. Escotadura en V o U que toma más del 50 % de la superficie del himen, orificio himeneal con diámetro mayor a 1 cm, condilomas genitales, lesiones vesiculares o úlceras genitales o anales, dilatación anal sin factores predisponentes.
- 2b. Hallazgos no específicos para ITS. Condiloma acuminado genital o anal de aparición en un niño/a mayor de 3 años, sin otros indicadores.

Categoría 3

- 3a. Moderada especificidad de abuso. Abrasiones, laceraciones, contusiones de labios, perianales, cicatrices y/o laceraciones de la horquilla que no involucran el himen, cicatrices perianales.
- 3b. Hallazgos de alta especificidad: laceración perianal que llegue al esfínter anal externo, desgarro o sección himeneal completa, áreas de ausencia de tejido himeneal.

- 3c. Presencia de infecciones que confirman ITS. Sífilis, gonorrea, HIV, excluir transmisión vertical.
Probable abuso: clamidia, trichomonas, HSV II.
Posible abuso: HSV I, HPV.

Vaginosis bacteriana no significa abuso sexual.

- 3d. Diagnóstico de certeza de abuso sexual. Embarazo, semen o espermatozoides identificados de muestras tomadas en forma directa del cuerpo de la víctima.

Clasificación de J. Gil Arrones

Creemos que esta clasificación, aunque le faltan más ejemplos que se observan comúnmente en consultorio en cada caso, es la más simple para aplicar en la consulta (figura 14).

Tratamiento

Dependerá de varios factores: edad de la paciente, tiempo transcurrido, tipo de lesión, si cursa un embarazo, etc. (figura 15). Pensar en vacunación; si no está completa deberá recibirla.²⁵

En el caso de las/os niñas/os, se solicitan exámenes de ITS cuando se presume ASIJ:

- Según el tipo de contacto sexual y la integridad de la piel o mucosa de la víctima.
- Acorde a la edad del niño.
- Con signo-sintomatología sugestiva de ITS.
- Si alguna persona de su entorno está padeciendo alguna ITS.
- Cuando el abusador presenta ITS.

El tratamiento dependerá de si son NNA o adolescente embarazada.

Niñas/os²⁵⁻²⁸

1. Toxoide tetánico: con lesión evidente, o si no están vacunados.
2. Tratamiento preventivo para HIV (antes de las 72 horas, máximo).

Categoría	Hallazgo
Categoría 1: Examen Normal	1a. Variantes normales 1b. Otras condiciones
Categoría 2: Hallazgo no específico	2a. Hallazgos insuficientes o contradictorios que requieren más estudios. 2b. Hallazgos no específicos de ITS.
Categoría 3: Hallazgos que expresan trauma y/o contacto sexual.	3a. Moderada especificidad. 3b. Alta especificidad. 3c. Presencia de infección que confirme el contacto con mucosas con secreciones de genitales infectados. 3d. Diagnóstico de certeza.

Figura 13.
Clasificación
de Adams, 2004

VALORACIÓN DE INDICADORES DE ABUSO INFANTIL (Gil Arrones, J. 2007)

INDICADORES	CONCEPTO	EJEMPLO
COMPATIBLES CON ASIJ	Trastorno o enfermedades que se pueden relacionar con abuso sexual.	Fisuras anales, plicoma anal, tabique vaginal, hemorragia genital.
ESPECÍFICOS DE ASIJ	Enfermedades o trastornos cuya aparición tienen relación con prácticas abusivas, aunque se pueden producir por otras causas poco probables.	Conductas sexualizadas, Relatos de menores no confirmados, ITS en N,N y A
CONCLUYENTES DE ASIJ	Trastornos, enfermedades o lesiones que solo pueden ser provocadas por abuso sexual	Verbalización con informe psicológico de veracidad. Rotura de himen en edad prepuberal. Rotura del esfínter anal.

Figura 14.
Clasificación
de Gil Arrones, 2007

Conceptos básicos en la atención del asalto sexual

• Tratamiento:

- Para hepatitis B, si no esta vacunada/o no recuerda.
- Para HIV.(Antitetánica.
- Plan ATB para ITS.(Doxiciclina, ceftriaxona, azitromicina, antirretrovirales, sífilis?, acorde al tiempo transcurrido)
- Cura de las lesiones.
- Interconsulta con infectología u otras especialidades.

Si hay lesión
O eyaculación

AJG

Figura 15. Tratamiento a la presencia de lesiones o eyaculación

Se usa el PEP*:

- AZT 120 mg/m² cada 8 horas o 180 mg/m² cada 12 horas
- 3TC 4 mg/kg cada 12 horas por 30 días.
- Más uno de los siguientes:²⁸
- * EFV solo en mayores de 3 años. Una dosis diaria nocturna según peso.
- * Lopinavir/ritonavir cada 12 horas según peso.

3. Tratamiento hepatitis B.
 4. Antibioticoterapia acorde al estado de la lesión.
 5. Ceftriaxona 50–75 mg/kg/día, única dosis + metronidazol 15–35 mg/kg/día dividido cada 8 horas por siete días.
 6. Azitromicina 10 m/kg/día, única dosis.
- PEP*: profilaxis posexposición.
- AZT: zidovudina
 - 3TC: lamivudina
 - EFV: efavirenz

Adolescente varón o mujer^{25–28}

1. Toxoide tetánico: con lesión evidente, o si no están vacunados.

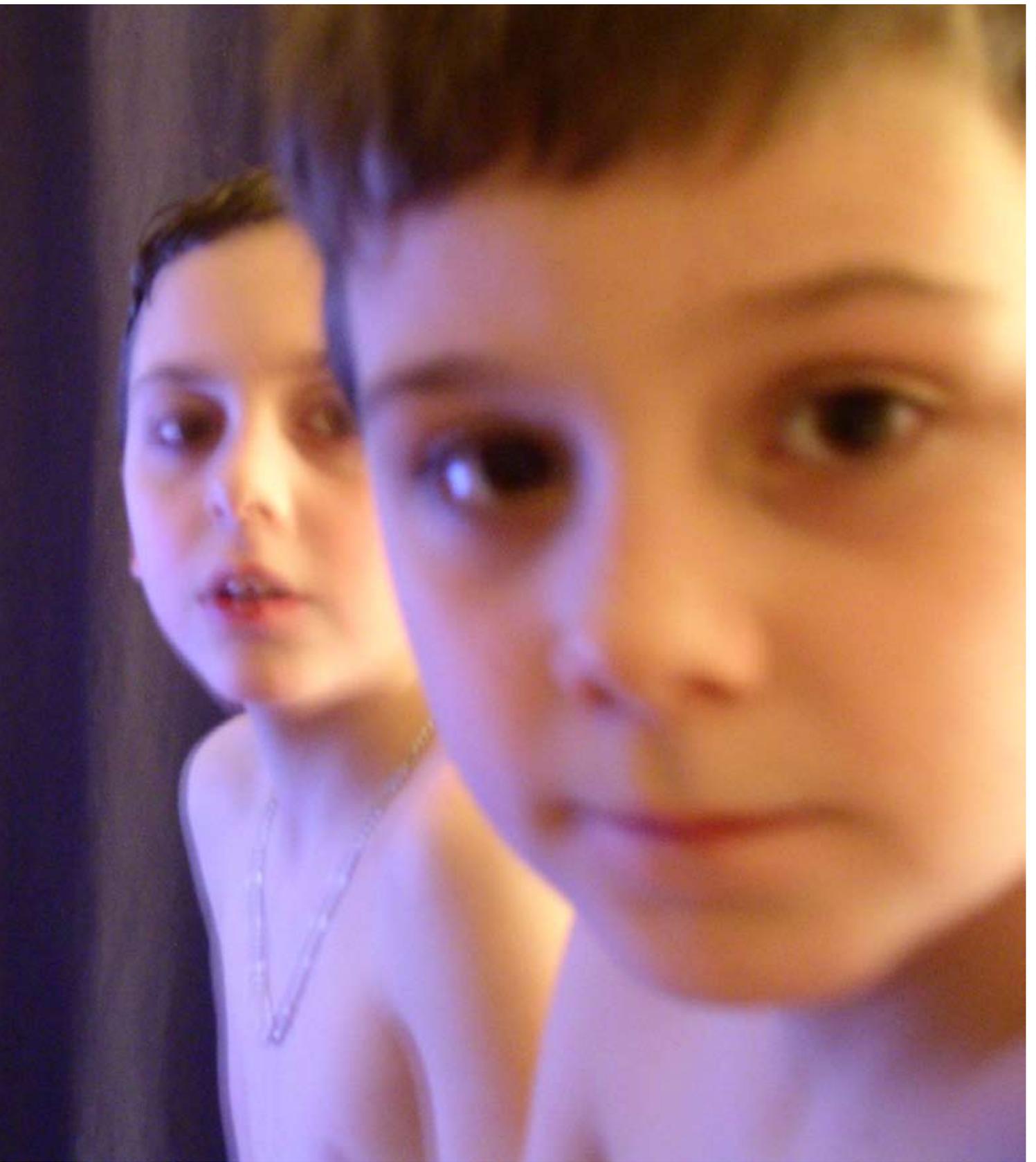
2. Tratamiento preventivo para HIV (antes de las 72 horas, máximo).
3. ITS: elección: ceftriaxona 250 mg IM/UD + metronidazol 2 g UD + doxiciclina 100 mg c/12 horas o 200 mg c/24 horas por 14 días, o alternativo: azitromicina 500 mg UD + ceftriaxona 250 mg IM/UD.
4. Si se sospecha sífilis: penicilina o eritromicina.
5. HIV: AZT 400 mg c/8 horas + 3TC 150 mg c/12 horas + IDV 400 mg c/8 horas (30 días).
6. Anticoncepción de emergencia

IM: intramuscular

UD: única dosis

Adolescente embarazada

- 1) Se realiza si la lesión o el ataque sexual es reciente y durante el embarazo.
- 2) Siempre internación. No solo por lesiones, sino por el estrés materno fetal.
- 3) Toxoide tetánico: con lesión evidente o no vacunada.
- 4) Interrupción legal del embarazo (ILE) si el embarazo es producto de violencia sexual.



Siempre se cree el relato del niño; si no habla espontáneamente, pensar en la posibilidad de la Cámara Gesell. Se debe escuchar ambos relatos (abusada/o y acompañante; si es por separado, mejor). Tener el entrenamiento necesario y repetirlo anualmente para favorecer la rapidez y seguridad en el manejo de los casos.

Lesiones corporales o genitales:

- 1) Tratamiento preventivo para HIV. AZT 120 mg/hora vía oral.
- 2) Tratamiento hepatitis B (no vacunados) 0,5 ml, si hay lesiones, vía intramuscular.
- 3) Antibioticoterapia acorde al estado de la lesión: ceftriaxona 250 mg IM. Eritromicina o penicilina G sódica si se piensa en sífilis, EV.

En cualquier caso se impone la interconsulta y seguimiento con infectología.

Se finalizará definiendo cuánto se acerca lo hallado a un probable abuso sexual, maltrato o violación. Para esto en muchas instituciones se utiliza la clasificación de Adams.

Flujograma

El flujograma, también denominado diagrama de flujo, es un recordatorio visual de una línea de pasos de acciones que implican un proceso determinado.

Finalmente se debe crear un flujograma basado en el protocolo acordado, para que los integrantes de las áreas blanco, donde la abusada pueda concurrir, tengan claros los pasos.²⁷

El flujograma es una hoja que queda a la vista de todo el personal de salud, con números de teléfonos para llamar de urgencia: jefatura de los servicios, policía o juzgado.

Cada institución tendrá el suyo, basado en el protocolo de atención y en los niveles I y II de articulación intrainstitucional y extrainstitucional.²⁵ Presentamos dos flujogramas a modo de ejemplo (figuras 16 y 17).

Reflexiones

En el abuso sexual el/la psicólogo/a es el profesional más importante del equipo.

En una violación el médico es el profesional más importante.

Ante una sospecha de ASIJ o maltrato se trabajará con trabajo social, psicólogos, el juzgado. El médico no es quien debe determinar quién es el abusador o si hubo o no abuso; solo describe las lesiones.

Siempre se cree el relato del niño; si no habla espontáneamente, pensar en la posibilidad de la Cámara Gesell.

Se debe escuchar ambos relatos (abusada/o y acompañante; si es por separado, mejor).

Tener el entrenamiento necesario y repetirlo anualmente para favorecer la rapidez y seguridad en el manejo de los casos.

Tener protocolo y set de atención y antibioticoterapia para estos casos previamente preparados, evita errores y olvidos.

Asegurar la cadena de custodias de muestras, si lo establece el protocolo.

Disponer de un flujograma de atención. Ubicarlo como recordatorio en lugares claves: servicios de guardia, pediatría, ginecología, quirófano, sala de emergencia.

Tener en lugares visibles los números telefónicos, correos electrónicos, etc., para conectarse con fiscalía o médico forense del lugar u otra entidad encargada.

Se aconseja un coordinador general en el control del manejo del protocolo, revisión del llenado de los datos del protocolo, tratamiento y seguimiento de las víctimas.

Recordar que algunas patologías están relacionadas con abuso o violación.

Estos casos son siempre de trabajo en equipo. ■

Flujograma de manejo del Abuso sexual

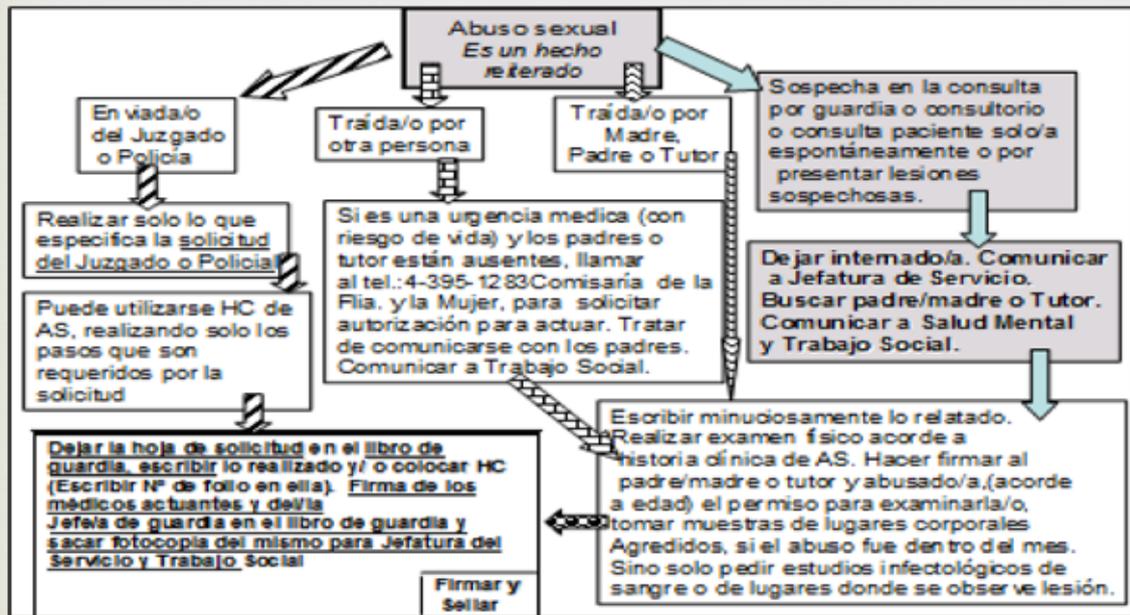


Figura 16

Flujograma de asistencia al N,N, y A con A.S.I o violación

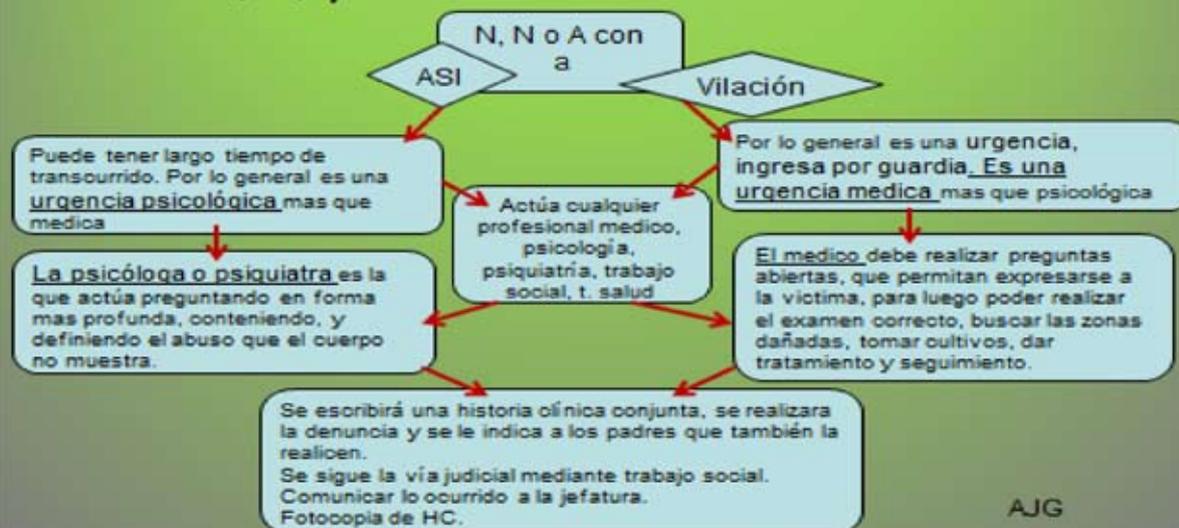
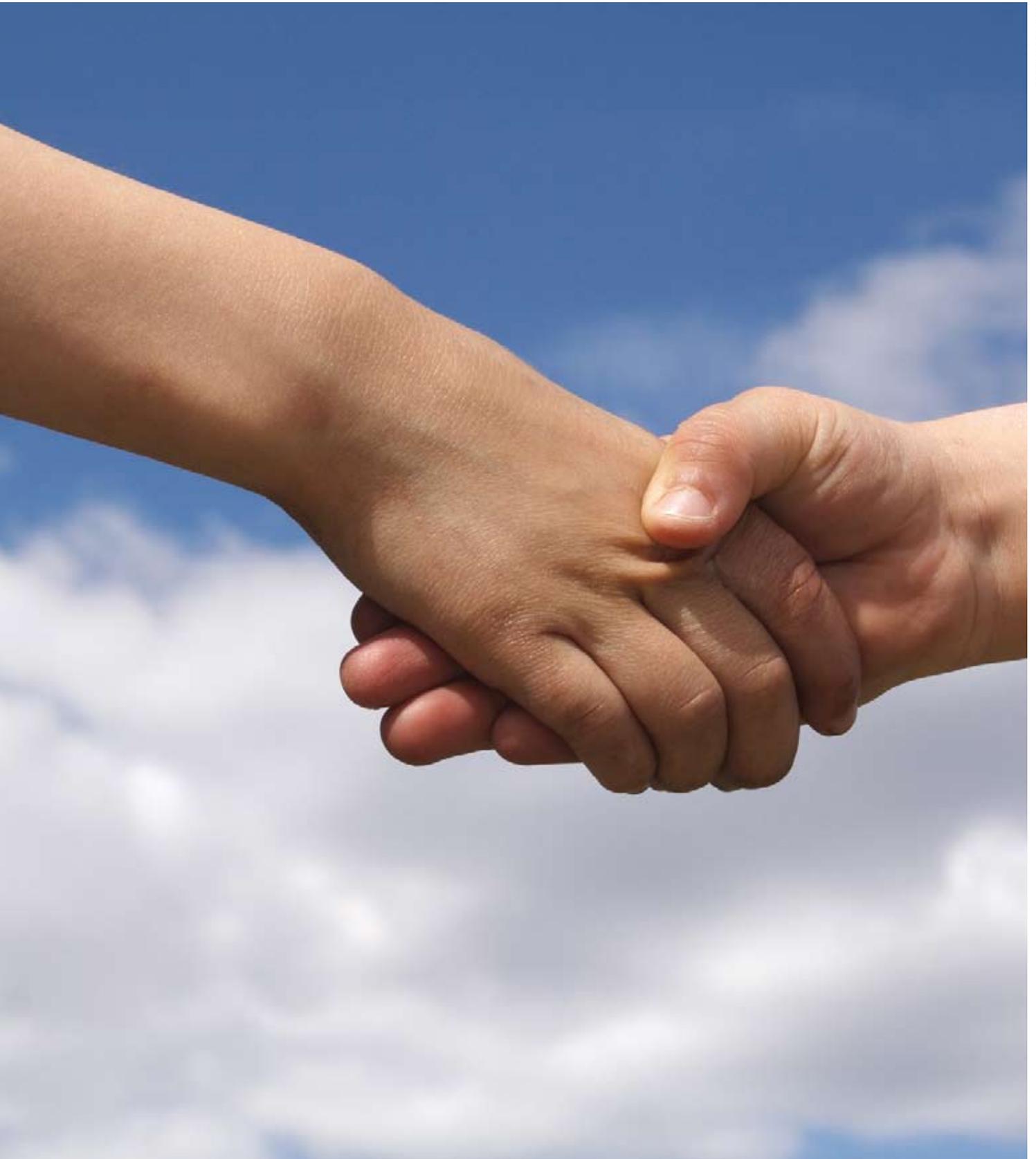


Figura 17

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Panamericana de la Salud. Revisión sistemática de protocolos nacionales para la atención a sobrevivientes de violencia en la niñez en los países de América Latina y el Caribe: Sumario de políticas de OPS/Unicef, 2017. Disponible en: <www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-05/20180507_UNICEF_Review_of_protocols_care_%20for_survivors_of_VAC_in_LAC_ESP.pdf>.
- Cukier J. ¿Cómo puede perder el miedo un profesional ante la atención de un posible abuso sexual? En: Cukier J, Giurgiovich AJ, Cukier S. Aspectos interdisciplinarios para enfrentar al abuso y violencia sexual, Ed. Ascune-Fundación ADOS; 2017, p. 83.
- Gil Arrones J, Ostos Serna R, Largo Blanco E, Acosta Gordillo L, Caballero Trigo MA. Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad. A propósito del estudio de tres casos. Cuad Med Forense 2006; 12(43-44):57-74. Disponible en: <scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/05.pdf>.
- Cukier S. Abuso sexual y enfermedades psiquiátricas. En: Cukier J, Giurgiovich AJ, Cukier S. Aspectos interdisciplinarios para enfrentar al abuso y violencia sexual, Buenos Aires: Ed. Ascune-Fundación ADOS; 2017, p. 121.
- García-Piña CA, Loredó-Abdalá A, Gómez-Jiménez M. Guía para la atención del abuso sexual infantil. Artículo de revisión. Acta Pediatr Mex 2009; 30(2):94-103. Disponible en: <redalyc.org/pdf/4236/423640316005.pdf>.
- Anderst J, Kellogg N, Jung J. Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. Pediatrics 2009; 124(3):e403-e409. doi: 10.1542/peds.2008-3053.
- Adams J. Clasificación de hallazgos físicos y de laboratorio. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology April 2003:345-349.
- Raffa S. Aspectos médico-legales básicos en el manejo del abuso sexual. En: Cukier J, Giurgiovich AJ, Cukier S. Aspectos interdisciplinarios para enfrentar al abuso y violencia sexual, Buenos Aires: Ed. Ascune-Fundación ADOS; 2017, p. 257.
- Protocolos contra el acoso sexual en educación superior: sugerencias para su elaboración. Ministerio de Educación, Gobierno de Chile. Disponible en: <www.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/19/2018/05/acoso-sexual-educacion-superior.pdf>.
- Koss MP, Wilgus JK, Williamsen KM. Campus sexual misconduct: restorative justice approaches to enhance compliance with Title IX Guidance. Trauma Violence Abuse 2014;15(3):242-257. Epub 2014 Apr 27. doi: 10.1177/1524838014521500.
- Giurgiovich A, Mila T, Siemaszko, K, y cols. «Metodología de estudio en pacientes abusadas para evitar su re victimización.» XIX Jornadas de Obstetricia y Ginecología. Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Sogiba 2001. 18 al 20 de junio de 2001, Buenos Aires, Argentina.
- Unicef. Guías de buenas prácticas para el abordaje de niñas/os adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual u otros delitos. Protección de sus derechos y acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso, 2013.
- Igareda N, Bodelón E. Las violencias sexuales y el acoso sexual en el ámbito universitario español. Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza 2013; 7(2):65-79. Disponible en: <vittimologia.it/rivista/articolo_igareda-bodelon_2013-02.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva N.º 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=421C9A74C978B5728390AA7086D61B3A?sequence=1>.
- NICE Clinical Guidelines – National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health (UK), 2005.
- NICE Clinical Guidelines – National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2009.
- Giurgiovich A. Abuso sexual y violación. Una visión integral e interdisciplinaria que nos involucra a todos. Portales de educación permanente. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 4 Septiembre, 2015.
- Méndez Ribas JM, Giurgiovich A. Abuso sexual: su enfoque y aspectos médico-legales. En: Méndez Ribas JM. Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. 3.º ed. Buenos Aires: Ed. Ascune, 2015, p. 326.
- Osvaldo Varela (profesor titular plenario de Psicología Jurídica de la facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires). Conferencia «Utilización de Cámara Gesell», marzo 2018. Disponible en: <www.laprensa.com.ar/407713-En-que-consiste-y-por-que-se-utiliza-la-Camara-Gesell.note.aspx>.
- Herrera HD. ¿La utilización de la Cámara Gesell en el proceso penal colisiona con el derecho de defensa del imputado? Pensamiento Penal 2017. Disponible en: <www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2017/11/doctrina45985.pdf>.
- Giurgiovich, A. Protocolo de abuso sexual infantil. En: Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Abuso sexual infantil. Buenos Aires: Editorial Ascune; 2007, pp. 30-34.
- Herrmann B, Navratil N. Sexual abuse in prepubertal children and adolescents. In: Sultan C (ed). Pediatric and adolescent gynecology. Evidence-based clinical practice. 2nd revised and extended edition. Ed. Karger. Vol. 22, 2012. doi:10.1159/000326635.
- Giurgiovich A, Peña M, Raffa S. Protocolo para la detección del abuso sexual. Manejo interdisciplinario. Aspectos médicos. Aspectos legales. En: Cukier J, Giurgiovich AJ, Cukier S. Aspectos interdisciplinarios para enfrentar al abuso y violencia sexual, Buenos Aires: Ed. Ascune-Fundación ADOS; 2017, p. 219.
- Stamboulian D, Vázquez H. Aspectos infectológicos en el tratamiento del abuso sexual y violación. En: Cukier J, Giurgiovich AJ, Cukier S. Aspectos interdisciplinarios para enfrentar al abuso y violencia sexual, Buenos Aires: Ed. Ascune-Fundación ADOS; 2017.
- López Kauffman C, Giurgiovich A. Protocolo para el manejo del abuso sexual. Capítulo Maltrato y violación. En: Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil. Ginecología infantojuvenil: un abordaje interdisciplinario, Buenos Aires: Editorial Journal; 2015.
- Association Une Vie. Plus il y aura de gens informés sur les abus sexuels sur les enfants, moins il y aura de victimes. <lvie.org/protoger/>.
- Patient Care & Health Information. Appointments at Mayo Clinic. Child abuse. Diagnosed and treatment. 5 October, 2018. Disponible en: <mayoclinic.org/diseases-conditions/child-abuse/symptoms-causes/syc-20370864>.
- Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales: Instructivo para equipos de salud, 2015. Disponible en: <www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000691cnt-protocolo_vvs.pdf>.



**MÓNICA
LIJTENSTEIN**

Tocoginecóloga y sexóloga clínica (Universidad de la República, Udelar) / Especializada en Medicina Sexual y en Ginecología de la Infancia y Adolescencia / Profesora titular de la Cátedra de Sexología de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos, República Argentina.

monilij@gmail.com

EXPLOTACIÓN SEXUAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Resumen

En setiembre de 1990, luego de la Convención sobre los Derechos del Niño, las Naciones Unidas concretan su voluntad de evitar la explotación sexual infantil. A partir de ese momento varios países comienzan acciones para lograr este objetivo. Este artículo presenta cronológicamente los hechos más relevantes ocurridos en el mundo y en Uruguay hasta el presente.

Palabras clave: explotación sexual comercial, prostitución infanto juvenil, trata de niños y adolescentes.

Abstract

In September 1990, after the Convention on the Rights of the Child, the United Nations specifies its will to prevent the sexual exploitation of children. As of that moment several countries begin actions to achieve this objective. This article chronologically presents the most relevant events that have occurred in the world and in Uruguay up to the present.

Key words: commercial sexual exploitation, child and adolescent prostitution, deals with children and adolescents.

1990

De esta forma, y dentro de una declaración sobre todos los derechos de los niños, las Naciones Unidas manifestaban su voluntad de evitar la explotación sexual infantil:*

Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

- a) la incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
- b) la explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
- c) la explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

* Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 34. Aprobada el 20/11/1989, entró en vigor en setiembre de 1990.

1996. Estocolmo, Suecia

De todos modos, recién a partir del 1.º Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, realizado en Estocolmo en 1996, se ha promovido un fuerte movimiento internacional que se dirige a la realización de acciones de combate a la explotación, integrando a gobiernos, organizaciones sociales, organismos internacionales, regionales y nacionales.

En dicho congreso Silvia Sommerlath, reina de Suecia, se refería a la realidad de la explotación sexual infantil: «Negarla, desviar la mirada u observarla pasivamente es contribuir al tráfico contemporáneo de esclavos que se manifiesta en la pornografía, el turismo sexual y la trata infantiles con fines sexuales».

La declaración de Estocolmo en su punto 5 refleja este pensamiento:

La explotación sexual comercial de los niños es una violación fundamental de los derechos del niño. Esta comprende el abuso sexual por adultos y la remuneración en metálico o en especie

La explotación sexual infantojuvenil se define por la presencia de tres elementos: el tipo de prácticas presentes, la edad de los participantes y el carácter económico de la retribución.

al niño o niña y a una tercera persona o varias. El niño es tratado como un objeto sexual y una mercancía. La explotación sexual comercial de los niños constituye una forma de coerción y violencia contra los niños, que puede implicar el trabajo forzoso y formas contemporáneas de esclavitud.

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes (ESCNA) comprende la prostitución, la pornografía, la trata, el turismo sexual y los espectáculos sexuales o eróticos.

- La prostitución infantojuvenil es la práctica erótico-sexual remunerada; no implica necesariamente relaciones coitales, sino que incluye cualquier tipo de contacto sexual. Cabe destacar que la remuneración o retribución puede no llegar al niño o joven, sino a quienes offician de intermediarios.
- La pornografía o imágenes de explotación sexual de niños implica todo tipo de representación real o simulada de situaciones erótico-sexuales y/o exhibición de genitales; comprende la producción, distribución, divulgación, comercialización y tenencia.
- La trata de niños y adolescentes se define como el traslado de estos dentro de un mismo país o al extranjero, con fines de explotación sexual comercial.
- El turismo sexual consiste en la oferta de servicios sexuales que involucran a niños o adolescentes, dirigido principalmente a extranjeros o turistas.
- Los espectáculos sexuales pueden ser públicos o privados e implican la exhibición de niños o adolescentes en forma sexual o erótica.

2001. Yokohama, Japón

En el año 2001 se lleva a cabo en Yokohama el Segundo Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, donde se ratifican estos acuerdos y se promueve la creación de nuevas leyes que penalicen este tipo de explotación, incluyendo medidas extraterritoriales.

2001-2007. Uruguay

Siguiendo esta línea se realiza en Montevideo en el año 2001 el Congreso Gubernamental Regional sobre Explotación Sexual Infantil. Distintas instituciones nacionales e internacionales se comprometen a elaborar un Plan de acción.

En el año 2004 el Código de la Niñez y la Adolescencia sufre una modificación trascendental: el niño se concibe como sujeto de derechos.

Ser sujeto de derechos implica la posibilidad de ejercerlos y exigirlos; se convierten en sujetos con plena ciudadanía. «Es por eso que se necesitan normas que protejan a todos los niños, niñas y adolescentes del mundo y que, de igual modo, salvando sus múltiples diferencias, todos y todas puedan disfrutar de los derechos que les pertenecen como seres humanos y los especiales de protección derivados de su edad» (Código de la Niñez y la Adolescencia. 2007).

Uruguay ratifica todos los tratados internacionales en la materia.

Definición

En general vemos que la explotación sexual infantojuvenil se define por la presencia de tres elementos: el tipo de prácticas presentes, la edad de los participantes y el carácter económico de la retribución, pero se pone de manifiesto la dificultad existente para abordar un fenómeno altamente complejo y lleno de matices que se manifiestan incluso entre zonas de un mismo país.

Se ve que existe un aspecto vincular (la existencia de un explotador para que se concrete la explotación); un problema socioeconómico (pobreza, falta de oportunidades, delincuencia, drogadicción) y problemas socioculturales (sociedades patriarcales, adultocentrismo, experiencias de victimización sexual infantil, violencia familiar).

Consistentemente con la perspectiva de derechos desde la cual se parte, en todas las definiciones se vincula la explotación

sexual comercial con la vulneración de derechos individuales y no con la patología individual o de conductas socialmente desviadas, y se destaca la importancia de incorporar una perspectiva de género que permita comprender las consecuencias, para mujeres o varones, o niñas y niños, de cualquier acción planificada, incluyendo políticas, legislación o programas de acción, así como el reconocimiento de que la enorme mayoría de víctimas de la explotación son niñas y adolescentes mujeres.

Numerosos estudios muestran que en la sociedad existe un conjunto de creencias que no permiten cuestionar la práctica y la demanda de relaciones sexuales pagas con menores de edad; ni siquiera se cuestiona la distribución de pornografía donde aparecen menores.

Aunque este fenómeno se encuentra frecuentemente vinculado a situaciones de pobreza, puede manifestarse también en otras clases sociales, donde explotadores y explotados posean un mayor capital económico y cultural.

Sin embargo, existe la condición de vulnerabilidad como factor común, ya sea por pobreza extrema, desamparo, baja autoestima, ausencia de redes de contención, situación de calle, entre otras. Sumado a esto, los valores impulsados por una sociedad de consumo generan que todo se vuelva mercancía habilitante, incluidos los cuerpos, para poder subsistir y pertenecer al sistema.

Agentes involucrados

Rostagnol y Grabino realizan en el año 2008 una descripción de los agentes que están directa o indirectamente involucrados en este hecho social, en la cual se vislumbra que la explotación sexual infantil no es un fenómeno que compete a sectores marginados de la población, sino que forma parte de toda la sociedad. Dentro de esto, se encuentran desde los propios niños/as y adolescentes explotados, los clientes, los proxenetas, los familiares, los miembros de instituciones estatales e internacionales, el personal de las ONG que trabajan con víctimas, hasta el resto de la sociedad, que, por algún medio, está enterada de la existencia del fenómeno.

Aun así, se podría decir que existe cierta naturalización con respecto a esta realidad social. La compra de sexo con menores no es percibida como delito. Esto genera una invisibilización del fenómeno, al mismo tiempo que dificulta su erradicación.

Además, debemos considerar la participación, ingreso o involucramiento de los niños y adolescentes en las situaciones en las cuales son víctimas de explotación, a partir de la discusión del tema del consentimiento.

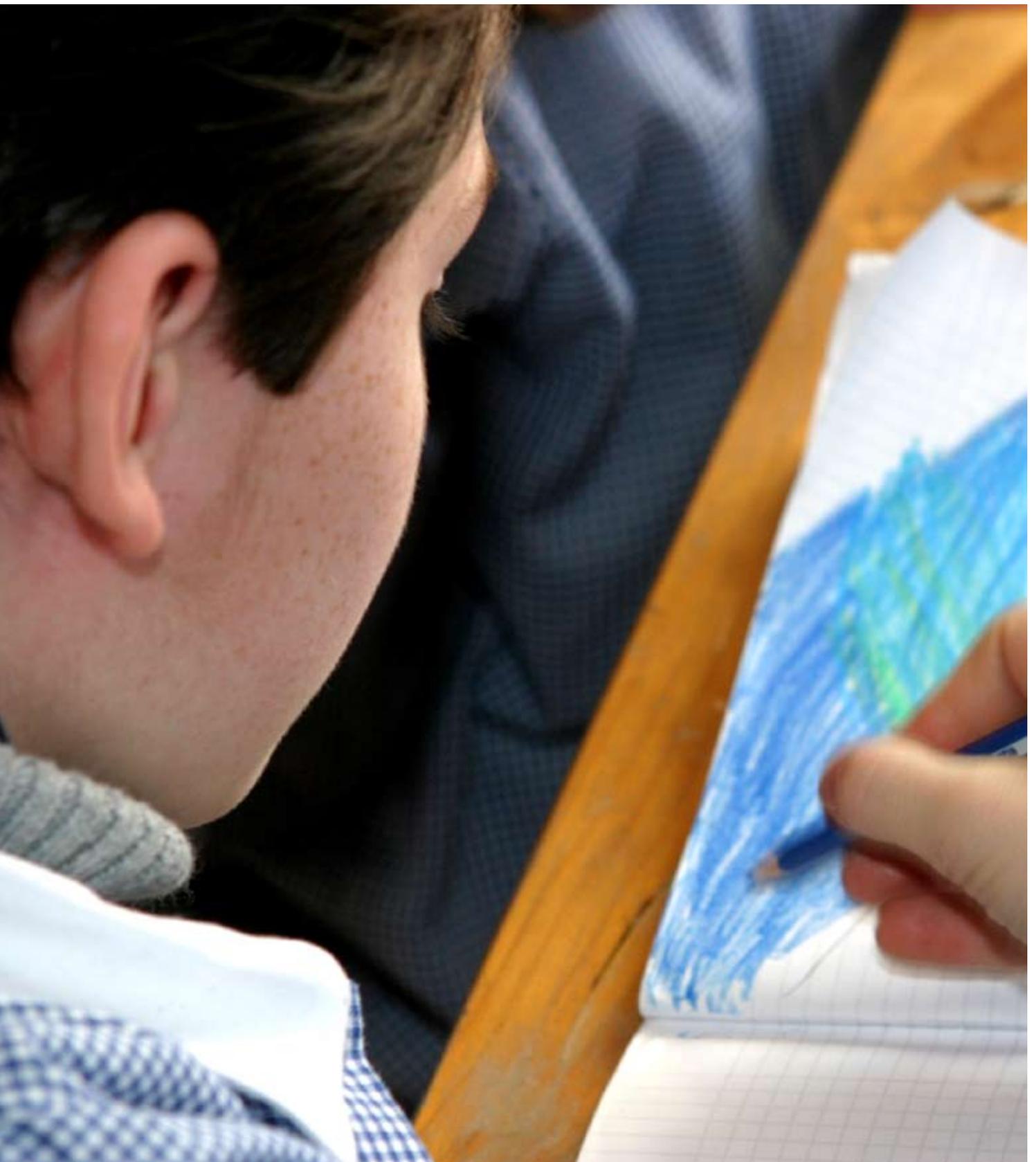
El sociólogo Gustavo Leal, director de Convivencia y Seguridad Ciudadana, del Ministerio del Interior, plantea que podría utilizarse la noción de consentimiento inducido, en el cual, bajo la apariencia de promesas de cambio de la situación cotidiana en la que viven las víctimas, se les presenta una posibilidad de mejora que, una vez tomada, actúa como si hubiese sido efectivamente una opción, como si hubiesen elegido. La decisión se toma bajo la aprobación e incitación del grupo o personas que tienen interés en que la víctima adopte la opción que se le ofrece. La víctima incorpora el punto de vista del grupo o persona que ejerce la cooptación y se opaca la real forma en la que la decisión fue tomada. Rostagnol dice que se entra y sale de la prostitución considerándola como una opción, cuando, en realidad, no hay mucho para elegir a cambio.

La realidad es que la explotación sexual infantojuvenil produce dinero, mucho dinero. Este dinero, constituido en un valor social universal, a veces ofrece al niño la posibilidad de salir de una realidad agobiante, ya sea de hambre como de carencias materiales que le impiden pertenecer a un mundo de otros, y eso puede dirigir sus pasos hacia una ilusión de un futuro mejor. Otras veces son las organizaciones las que llenan sus bolsillos y no llega al niño nada de este dinero que produjo con su explotación.

Pero no hay diferencia entre un caso y otro, porque no hay posibilidad de elegir. A veces incluso usan a otros adolescentes para reclutarlos, a sabiendas de que los jóvenes van adonde van los demás.

¿Qué acciones se debería tomar para evitar este flagelo social?

Un especial destaque merecen las acciones que se están llevando a cabo a nivel de Mercosur con la iniciativa Niñ@ Sur, a través de la cual se han realizado distintos estudios sobre la situación de explotación sexual infantojuvenil en las fronteras compartidas de los países miembros, las «Recomendaciones sobre derechos y asistencia a las niñas, niños y adolescentes víctimas de trata, tráfico, explotación, abuso



La realidad muestra que las adolescentes vinculadas a la explotación sexual no son detenidas y si lo son, no son derivadas al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), porque o intercambian favores con los policías o están protegidas por su red de trata, o su familia las protege, porque son las que proporcionan el ingreso familiar.

y/o venta» y se prevé la ejecución de un proyecto denominado «Estrategia regional de lucha contra la trata y tráfico de niños, niñas y adolescentes para fines de explotación sexual en el Mercosur».

En Uruguay, el otro destaque fundamental es la concreción del *Plan Nacional de erradicación de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes*, realizado por el Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de la Niñez y la Adolescencia.

Este Plan tiene como objetivo general «el garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes del país el pleno ejercicio de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de la República, la Convención de los Derechos del Niño y el Código de la Niñez y la Adolescencia relativos a la violencia sexual» y como objetivo específico el diseñar, implementar y monitorear acciones específicas para la erradicación de la explotación sexual comercial mediante un conjunto de programas articulados de prevención, protección, atención y restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

¿Alcanzará con esto, o serán solo expresiones de deseos?

Por el momento, la realidad muestra que las adolescentes vinculadas a la explotación sexual no son detenidas y si lo son, no son derivadas al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), porque o intercambian favores con los policías o están protegidas por su red de trata, o su familia las protege, porque son las que proporcionan el ingreso familiar. Esto lleva a que la problemática sea más difícil de corregir, dado que las responsabilidades de mantener a los chicos en esta explotación son múltiples y transcurren en el secreto (a voces).

Por lo tanto, las acciones deberán ser contundentes e involucrar a toda la sociedad, y fundamentalmente a los propios adolescentes desde una perspectiva de derechos. No hay ninguna institución que pueda lograr por sí sola el objetivo de la protección de las víctimas, por lo cual el desarrollo de políticas y dispositivos de intervención deberá superar la tradicional inercia de la responsabilidad y competencia segmentada, y actuar en conjunto.

El Centro Operativo Anti Trata, de Colombia, que articula instituciones y acciones de protección, prevención, asistencia y represión con capacidad operativa, es un ejemplo en la región.

Generar una estrategia pública para crear una nueva forma de visibilizar las situaciones de explotación sexual infantil y adolescente puede ser el camino a recorrer para garantizar efectivamente la protección y restitución de los derechos vulnerados de estos niños, niñas y adolescentes que sufren, día a día, en carne propia este drama. Mientras haya un niño o niña explotado sexualmente, o somos parte de la solución o somos cómplices del problema. ■

La realidad muestra que las adolescentes vinculadas a la explotación sexual no son detenidas y si lo son, no son derivadas al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), porque o intercambian favores con los policías o están protegidas por su red de trata, o su familia las protege, porque son las que proporcionan el ingreso familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo, Álvaro, Gustavo De Armas, Alejandro Retamoso y Lucía Ver-nazza: Observatorio de los derechos de la infancia y la adoles-cencia en Uruguay 2009, Unicef: Oficina en Uruguay, Montevi-deo, 2009. Disponible en: <www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_activitiesObservatorio2009Partel.pdf>.
- Barros, Lucía, Magdalena Caccia y Macarena Lainés: «Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes: del Plan a la realidad...». Proyecto de investigación 2012, Udelar.
- Código de la Niñez y la Adolescencia. Ley N.º 17.823. Disponible en: <parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/17823>.
- Declaración final del Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes. Agenda para la Acción. Estocolmo, 1996. Disponible en: <white.lim.ilo.org/ipcc/documentos/decla_estocolmo.pdf>.
- Declaración final del Segundo Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes. Com-promiso Global. Yokohama, Japón, 2001.
- Faraone, Alicia: Explotación sexual infantil en Uruguay hoy: apuntes para una aproximación al conocimiento del problema. Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, 13-15 de setiembre de 2010. Dispo-nible en: <cienciasociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_29_Faraone.pdf>.
- Martínez, Rodolfo: «Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. De la vulneración a la protección de derechos: un camino posible», Serie Cuadernos del Centro de Investigación y Estudios Judiciales (CIEJ), Montevideo, 2008.
- Oliver i Ricart, Quima: Una mirada a la situación de la prostitución infantil y adolescente en Uruguay, Montevideo: Unicef, Oficina en Uruguay, 2004. Disponible en: <www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_una_mirada_prostitucion_uruguay.pdf>.
- Rostagnol, Susana (dir.) y Valeria Grabino: Historias en el silencio: prostitución infantil y adolescente en Montevideo y área metro-politana, Montevideo: Unicef, Oficina en Uruguay-Red Uruguaya de Autonomías (RUDA), 2007. Disponible en: <www.unicef.org/uruguay/spanish/prostitucion_ruda_unicef07web.pdf>.

**CRISTINA
LUSTEMBERG**

Pediatra (Universidad de la República, Udelar) / Coordinadora del Programa Uruguay Crece Contigo, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Presidencia de la República (2012) / Responsable del Área Niñez y Adolescencia de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (2005-2011) / Referente de Primera Infancia del Sector Salud en el Comité de Coordinación Estratégica de Políticas de Infancia y Adolescencia, con activa participación en la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030.

NO MÁS NIÑAS MADRES

Resumen

Se conceptualiza el enfoque de derechos humanos para abordar particularmente la violencia y el abuso sexual que sufren niñas y adolescentes menores de 15 años en Uruguay. Se informa en forma sucinta las políticas públicas actuales y desafíos que viene enfrentando el país, que procuran garantizar el acceso universal e igualitario a la salud sexual y reproductiva, en especial a los grupos más vulnerables. Se informa sobre el compromiso asumido por el país a través de la «Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes», cuyo diseño e implementación se basan en el reconocimiento de que el embarazo no intencional es una expresión y consecuencia de desigualdad y segmentación social. También se presentan los objetivos y recomendaciones de la campaña *Niñas, no madres* impulsada por organizaciones de la sociedad civil.

Palabras clave: violencia y abuso sexual, embarazo menores de 15, estrategias de prevención.

Abstract

The human rights approach is conceptualized to specifically address the violence and sexual abuse suffered by girls and adolescents under 15 in Uruguay. The current public policies and challenges facing the country are briefly reported, which seek to guarantee universal and equal access to sexual and reproductive health, especially to the most vulnerable groups. It informs about the commitment assumed by the country through the "Intersectoral and national strategy of prevention of unintentional pregnancy in adolescents", whose design and implementation are based on the recognition that unintended pregnancy is an expression and consequence of inequality and social segmentation. The objectives and recommendations of the Girls, not mothers campaign promoted by civil society organizations are also presented.

Key words: violence and sexual abuse, pregnancy under 15, prevention strategies.

Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad la violencia como fenómeno social es una constante. A partir del siglo xx se comienza a analizar con mayor profundidad el significado de los derechos individuales. Luego de la Segunda Guerra Mundial, la comunidad internacional asume un compromiso a través de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que garantiza la igualdad, los derechos y el respeto a la dignidad humana. La Declaración fue el punto de partida de una serie de acuerdos internacionales entre los Estados, particular-

mente para aquellas poblaciones con mayor vulnerabilidad, entre ellas: mujeres, niños, niñas y adolescentes.¹

En América Latina el embarazo y la maternidad temprana son temas de preocupación de larga data y recientemente se vienen abordando con una perspectiva de derechos humanos. El embarazo infantil es ante todo una vulneración extrema de los derechos de las niñas: «una niña que queda embarazada, independientemente de las circunstancias o razones, es una niña cuyos derechos quedan menoscabados».²

En América Latina el embarazo y la maternidad temprana son temas de preocupación de larga data y recientemente se vienen abordando con una perspectiva de derechos humanos. El embarazo infantil es ante todo una vulneración extrema de los derechos de las niñas.

Cuadro 1

Año	Nacimientos en madres de 10 a 19 años	Total de nacimientos con dato de edad materna	Porcentaje de nacimientos en madres adolescentes
1996	9.701	57.440	16,9
2000	8.471	52.177	16,2
2005	7.764	46.158	16,8
2010	7.970	47.162	16,9
2012	8.163	47.999	17,0
2014*	7.951	48.368	16,4

* Cifras preliminares. Fuente: UINS / MSP.

Cuando no es fruto de la planificación y el deseo, es una clara manifestación de la vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes.

Desde el punto de vista de la salud, el embarazo y la maternidad en niñas menores de 15 años las coloca en una situación de mayor riesgo para la salud mental y física. Se han incrementado los casos de madres con síntomas depresivos durante el embarazo y posparto. Los casos de riesgo físico se asocian a morbilidad, prematuridad y bajo peso al nacer.³

Uruguay no es ajeno a esta problemática. Existen distintas líneas de análisis que refieren al embarazo en la adolescencia como una situación de causa multifactorial y lo distinguen según el grupo etario: menores de 15 años y 15 a 19 años. Desde una perspectiva de derechos, las pertenecientes al primer grupo, además de ser sujetos de derechos, deben ser consideradas objeto de protección por parte del Estado.

La maternidad y paternidad en adolescentes compromete sus proyectos de vida y no les permite continuar con el desarrollo personal, educativo y laboral esperado.⁴

Desde el punto de vista de la salud, el embarazo y la maternidad en niñas menores de 15 años las coloca en una situación de mayor riesgo para la salud mental y física.

El embarazo en las adolescentes compromete profundamente su autonomía; se traduce en desigualdad de género, discriminación y exclusión social.

Desde el año 1996 hasta el año 2014, el porcentaje de embarazos se mantiene en la misma proporción (cuadro 1).

A partir de los últimos años comienza una tendencia al descenso, aunque aún en forma muy resistente. En 2016 se registraron 123 nacimientos de niñas menores de 14 años y 74

Cuadro 2. Interrupciones voluntarias del embarazo por edad, período 01/2013 – 12/2017

IVE 3 por edad	2013	2014	2015	2016	2017*
Menores de 15	74 1%	69 1%	94 1%	74 0,8%	64 0,7%
15 a 19 años	1200 17%	1404 16%	1603 17%	1597 16,4%	1476 15%
20 años o más	5897 82%	7064 83%	7665 82%	8048 82,8%	8290 84,3%
TOTALES	7171 100%	8537 100%	9362 100%	9719 100%	9830 100%

* Cifras preliminares. Fuente: MSP.

Nuestro país ha reconocido que el embarazo adolescente no intencional es una consecuencia de desigualdad, y es parte de la exclusión, vulnerabilidad social y de género que sufren niños, niñas y adolescentes

interrupciones voluntarias del embarazo, lo que corresponde a un 0,8 % del total de abortos para dicho año (cuadro 2).

De las 123 niñas, el 34 % residía en Montevideo, mientras que el 66 % restante, en el interior del país. En 2017 se registró un descenso de los nacimientos: 98 niñas menores de 14 años fueron madres² (cuadros 3 y 4).

Nuestro país ha reconocido que el embarazo adolescente no intencional es una consecuencia de desigualdad, y es parte de la exclusión, vulnerabilidad social y de género que sufren niños, niñas y adolescentes. En este sentido, asume como un compromiso esta problemática e implementa la «Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes».*

Esta Estrategia forma parte del Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016–2020 y de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, una serie de: «objetivos y

metas sanitarias, centrados en las personas, en la perspectiva de derechos y en los determinantes sociales».⁴ Cuenta con 15 problemas críticos priorizados y el embarazo no intencional en adolescentes ocupa el primer lugar.

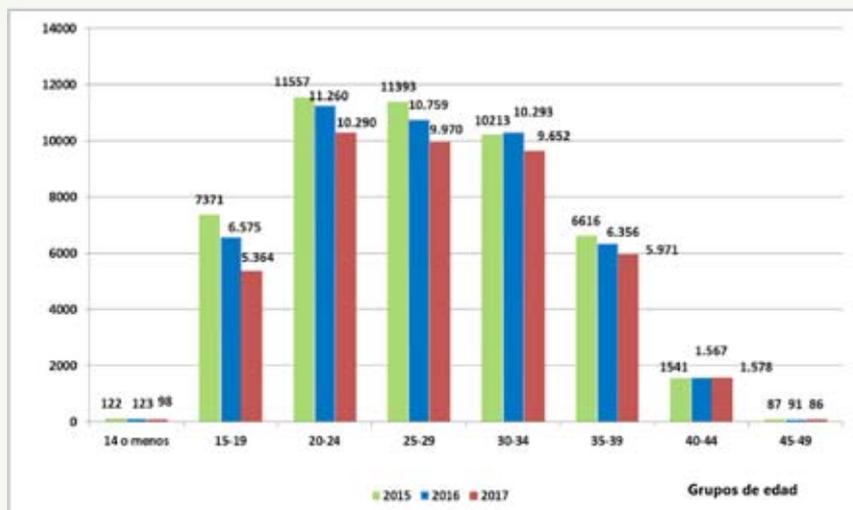
Este trabajo conceptualiza el enfoque de derechos humanos para abordar particularmente la violencia y abuso sexual que sufren niñas y adolescentes menores de 15 años en Uruguay. Se incluye un resumen de las políticas públicas actuales y desafíos que viene enfrentando nuestro país que procuran garantizar el acceso universal e igualitario a la salud sexual y reproductiva, en especial para los grupos más vulnerables. Se presentan los objetivos y recomendaciones de la campaña *Niñas, no madres* impulsada por organizaciones de la sociedad civil, las cuales denunciaron ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) la grave situación de violencia sexual que viven niñas en América Latina y el Caribe.⁵

Violencia y abuso sexual en la infancia y adolescencia en Uruguay

En Uruguay la mayoría de los embarazos de niñas menores de 15 años están vinculados a distintas formas de abuso sexual o de explotación sexual. En esta última, hay un gran porcentaje de historias donde existe una disparidad muy im-

* Impulsada por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, la Administración Nacional de Educación Pública, el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay, y la Administración de los Servicios de Salud del Estado, con el apoyo del Núcleo Interdisciplinario Adolescencia, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Universidad de la República y del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Cuadro 3. N.º de nacimientos según grupos de edad, 2015, 2016 y 2017*



* Cifras preliminares. Estadísticas Vitales MSP.

Cuadro 4. Tasas específicas de fecundidad adolescente según departamento, residencia materna y edad. Uruguay 2014-2017*

Dpto	2014		2015		2016		2017(*)	
	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	10 a 14	15 a 19	14 o menos	15-19
Artigas	1,5	74,8	2,8	78,5	2,6	67,4	0,7	62,4
Canelones	0,8	44,1	0,7	38,1	0,4	35,8	0,3	25,2
Cerro Largo	2,3	71,9	1,6	73,7	1,9	70,9	0,8	56,9
Colonia	0,7	53,7	0,7	53,3	1,1	45,7	0,4	43,2
Durazno	1,6	82,6	0,4	66,9	0,8	57,5	1,3	41,0
Flores	0,0	55,2	0,9	69,3	0,0	61,8	1,0	31,4
Florida	0,4	51,6	0,8	41,7	0,8	43,2	0,4	39,0
Lavalleja	0,5	60,2	0,5	54,7	1,4	46,9	0,5	44,3
Maldonado	1,2	54,0	1,2	51,1	0,7	43,6	0,9	31,5
Montevideo	1,1	57,2	1,1	55,1	1,0	48,5	1,0	41,3
Paysandú	1,8	68,5	0,8	64,0	0,6	63,3	0,9	54,5
Río Negro	1,2	85,6	1,3	68,5	1,3	55,9	0,4	46,3
Rivera	3,6	60,4	1,6	70,2	1,2	61,2	1,2	59,8
Rocha	1,1	54,6	1,1	61,2	0,8	60,1	0,4	60,0
Salto	3,4	74,4	1,3	75,1	2,1	65,1	2,1	58,7
San José	0,5	50,6	0,0	42,7	0,7	44,0	0,9	30,1
Soriano	2,8	61,8	0,6	56,1	1,2	61,1	0,9	44,9
Tacuarembó	1,5	65,8	1,0	72,3	2,4	61,0	0,8	56,9
Treinta y tres	2,9	61,1	0,5	60,6	0,0	53,3	0,5	47,5
Total país	1,3	58,1	1,0	55,6	1,0	50,3	0,8	41,6

* Cifras preliminares. Estadísticas Vitales MSP.

portante entre la edad de esas niñas y de los progenitores, mucho más grandes en edad.

La realidad de las niñas que viven el embarazo y la maternidad forzada es uno de los principales indicadores de desigualdad social que subyace sobre todo en la construcción de sus proyectos de vida y nos señala tres inequidades severas: la inequidad intergeneracional, la inequidad de género y la inequidad territorial. Viven en un contexto de vulnerabilidad donde el embarazo también es el resultado de la pobreza, la exclusión y la falta de oportunidades educativas. El temprano inicio de la actividad sexual, la ausencia de un proyecto de vida distinto a la maternidad, el consumo de drogas y antecedentes familiares de embarazos a temprana edad son también factores relacionados.⁶ Según datos del Censo 2011, el 22,4 % de las adolescentes que tienen dos o más de sus necesidades básicas insatisfechas son madres, mientras que el porcentaje de madres con necesidades básicas satisfechas es de 3,6 %.⁴

Es imprescindible realizar un análisis específico en los casos de embarazos de niñas menores de 15 años, no solo por la extrema vulneración y limitación de sus derechos, sino también por los riesgos médicos que implica un embarazo a tan temprana edad.⁷

Existen historias donde las niñas cursan su embarazo en silencio; muchas veces ignorado por la familia, no solo no reciben atención médica, sino que tampoco tienen apoyo afectivo.⁸ Otro aspecto vinculado a los embarazos en edad temprana son las trayectorias de las niñas y las adolescentes que implican vulneraciones extremas de sus derechos, situadas en un contexto de poder y en escenarios de escasas posibilidades de llevar a cabo sus proyectos de vida.

En Uruguay, incidir en este contexto que explica los porcentajes altos de fecundidad en adolescentes requiere necesariamente trabajar intersectorialmente desde una perspectiva de igualdad de género, derechos y diversidad. La perspectiva de género utilizada como una herramienta clave para comprender los procesos humanos, subjetivos y sociales. «La dimensión relacional de la perspectiva de género recuerda que el embarazo se trata de un hecho que

Es imprescindible realizar un análisis específico en los casos de embarazos de niñas menores de 15 años, no solo por la extrema vulneración y limitación de sus derechos, sino también por los riesgos médicos que implica un embarazo a tan temprana edad.

involucra e implica también al varón, así como a las familias, a las comunidades y a la organización simbólica y social».⁹

En setiembre de 2016 Uruguay asume un compromiso a través de la «Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes», cuyo diseño e implementación se basa en el reconocimiento de que el embarazo no intencional es una expresión y consecuencia de desigualdad y segmentación social. Esta estrategia se concentró en revertir un problema social que compromete el bienestar, el desarrollo y viabilidad futura del país. El objetivo general es disminuir la incidencia del embarazo no intencional en la adolescencia, garantizando la promoción y el ejercicio pleno de sus derechos. La maternidad se impone como una situación de atención desde la política pública, cuando el ejercicio de sus derechos se ve tan restringido que es el único proyecto personal posible. Cada caso requiere un abordaje integral y específico, para que cuando se decida seguir adelante con un proyecto de maternidad temprana no derive nuevamente en situaciones de expulsión que restringen aún más las posibilidades de desarrollo de las adolescentes.

«La Estrategia se estructura en cuatro componentes con un respectivo objetivo específico, líneas de acción y actividades»⁹ (cuadro 5).

Cuadro 5. Componentes de la «Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes»

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos.	
COMPONENTES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DDSS Y DDDR
COMPONENTE 1: ADOLESCENTES	1. Fortalecer las condiciones para el ejercicio de los DDSS y DDDR y la toma de decisiones reproductivas con autonomía de las y los adolescentes, promoviendo proyectos de vida diversos que cuestionen los modelos tradicionales de género.
COMPONENTE 2: ADOLESCENTES QUE TRANSITAN UN EMBARAZO	2. Fortalecer la detección y captación oportuna para la atención de la adolescente en la interrupción o continuidad del embarazo, buscando el involucramiento de su entorno social cercano.
COMPONENTE 3: ADOLESCENTES MADRES Y PADRES	3. Garantizar el acceso a oportunidades, el ejercicio de derechos y la protección de las adolescentes embarazadas, madres y padres, apoyando la prevención de embarazos no intencionales reiterados.
COMPONENTE 4: IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS	4. Implementar en forma articulada en el territorio las políticas públicas vinculadas a la Estrategia.

Uruguay tiene grandes desafíos por delante. Vale la pena continuar hacia distintas líneas de acción para abordar esta problemática que nos interpela. Actualmente dentro de la estrategia intersectorial se está trabajando en la elaboración de un mapa de ruta para la atención de situaciones de embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años. Es necesario construir más información desde los actores institucionales y de la sociedad civil intervinientes para la obtención de datos que permitan comprender cómo se llegó a la maternidad temprana; si la niña o adolescente recibieron el cuidado y la protección adecuada y conocer sobre las características principales de cada embarazo.

Es nuestra responsabilidad política, académica, profesional y ciudadana definir este tema como de alta prioridad, construir más investigaciones desde lo académico y desde

la sociedad civil para fortalecer una política pública que garantice las máximas oportunidades de una vida plena a niñas y adolescentes, y trabajar en las condiciones estructurales que perpetúan esta desigualdad.

Campaña Niñas, no madres

Amnistía Internacional lanzó la campaña regional denominada *Niñas, no madres* cuyo objetivo principal es mostrar las graves consecuencias de la violencia sexual y las maternidades forzadas en la vida de las niñas latinoamericanas.⁵

Movilizamos esfuerzos de la sociedad civil para que los Estados cumplan con su obligación de garantizar la protección de los derechos de las niñas y atiendan de manera integral este grave problema de derechos humanos y salud pública en América Latina.

Actualmente, en el marco de esta campaña, Amnistía Internacional está iniciando un proceso de investigación en Uruguay que permita comprender las distintas líneas de embarazo adolescente. Los Estados tienen la obligación de prevenir la violencia sexual contra las niñas y garantizar su desarrollo integral. Ante las alarmantes cifras de violencia sexual, Amnistía Internacional elaboró una serie de recomendaciones para que los Estados visibilicen esta problemática y asuman un compromiso para la construcción de políticas públicas que garanticen los derechos de las niñas y adolescentes:⁵

- Garantizar que las niñas víctimas de violencia sexual reciban una atención integral, teniendo en cuenta la afectación que un embarazo genera en su salud física, mental y social.
- Garantizar el acceso de las niñas víctimas de vio-

lencia sexual a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo a la interrupción legal del embarazo, reconociendo que un embarazo siempre implica un riesgo inminente a la vida y salud de las niñas.

- Contar con procesos legales expeditos para las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, que sean congruentes con la legislación nacional y los estándares internacionales de derechos humanos.
- Capacitar de manera continua al personal, tanto del sector judicial como médico, sobre la atención integral que deben recibir las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, con perspectiva de género y derechos humanos. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública, Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia (Sipiav), Unicef: Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud, 1.ª ed., Montevideo: Unicef Uruguay, diciembre de 2009.
2. Amnistía Internacional: Embarazo infantil en Uruguay: aportes para la agenda. 2018. Disponible en: <amnistia.org.uy/wp-content/uploads/2018/04/Embarazo-infantil-en-Uruguay-Aportes-para-la-agenda.pdf>.
3. Binstock, Georgina *et al.*: Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur: apuntes para la construcción de una agenda común. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2016, p.9. Disponible en: <paraguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Fecundidad%20y%20Maternidad%20Adolescente%20en%20el%20Cono%20Sur-Ultima%20version_0.pdf>.
4. Ministerio de Salud Pública: Objetivos Sanitarios Nacionales 2020, vol. 1, Departamento de Comunicación y Salud, Montevideo, 2015.
5. Ninasnomadres.org. Disponible en: <ninasnomadres.org/>.
6. Orlando, Adriana: Maternidad adolescente: generadora de desigualdad social y de género. Cotidiano Mujer. Uruguay. 1/6/2016. Disponible en: <www.cotidianomujer.org.uy/sitio/nimas-ni-menos/1472-maternidad-adolescente-generadora-de-desigualdad-social-y-de-genero>.
7. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Flasog): Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe, Lima, 2011. Disponible en: <www.sguruguay.org/documentos/6factores-relacionados-maternidad-menores-15-anos-lac.pdf>
8. Chiarotti, Susana (coord.): Niñas madres: embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (Cladem), 2016, p. 30. Disponible en: <www.cladem.org/images/imgs-noticias/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Administración Nacional de Educación Pública, Administración de Servicios de Salud del Estado: Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes, vol. 1, Montevideo, 2016.



**PATRICIA
PIVEL**

Profesora de Enseñanza Media / Educadora Sexual / Especialista en Educación Sexual acreditada Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES) y Sociedad Uruguaya de Sexología (SUS).

ppivel@yahoo.com

LA EDUCACIÓN COMO FACTOR PROTECTOR DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Resumen

Se hace referencia al rol que cumplen las instituciones educativas como espacios de construcción de ciudadanía y ejercicio de derechos, y como espacio privilegiado para crear vínculos de confianza y buen trato que promuevan la autonomía y la protección de niñas, niños y adolescentes. Se hace una breve descripción de los mapas de ruta de la Administración Nacional de Educación Pública como herramientas para actuar ante situaciones de violencia doméstica que se detectan en las aulas.

Palabras clave: rol, instituciones educativas, protección, mapas de ruta.

Abstract

Reference is made to the role of educational institutions as spaces for the construction of citizenship and the exercise of rights, and as a privileged space to create bonds of trust and good treatment that promote the autonomy and protection of children and adolescents. A brief description of the route maps of the National Administration of Public Education is made as tools to act in situations of domestic violence that are detected in the classrooms.

Key words: role, educational institutions, protection, route maps.

Introducción

En Uruguay la violencia contra niñas, niños y adolescentes (NNA) constituye un problema multicausal y complejo que atraviesa las diferentes franjas sociales, culturales y económicas, y que para su abordaje requiere de un encare integral y complementario.

Un importante número de NNA, en forma cotidiana, se ven sometidos a diferentes formas de violencia, donde gritos, golpes y humillaciones están naturalizados como forma de crianza.

La violencia en la infancia es una de las vulneraciones más graves a los derechos de niñas, niños y adolescentes, y muchas de estas situaciones ocurren en sus hogares y tienen como actores a personas que son las encargadas de su cuidado y protección. En estos casos, los educativos constituyen

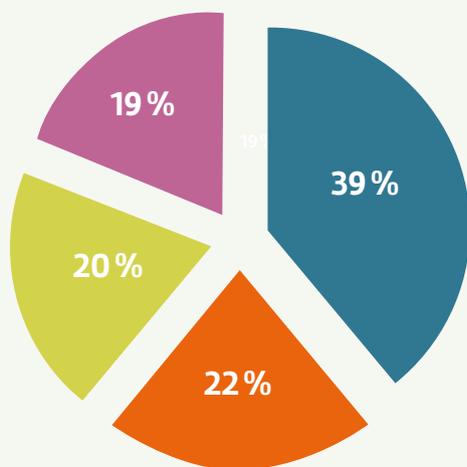
el único espacio donde pueden crecer con seguridad y resultar ser escenarios más protectores que el propio hogar.

Cuando NNA viven situaciones de maltrato o de abuso sexual en su hogar, muchas veces recurren a su centro educativo a contar a un/a amigo/a o docente lo que les pasa, en un intento por pedir ayuda. Otras veces es la/el docente quien percibe en clase que algo puede estar sucediendo.

Hablan las estadísticas

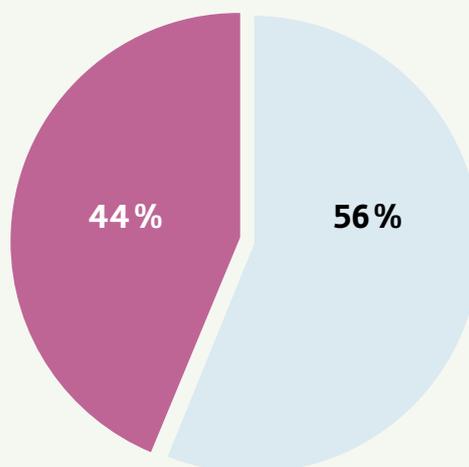
Según datos proporcionados en abril de 2018 por el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (Sipiav), en el año 2017 se registraron 3155 situaciones de violencia contra NNA, 508 casos más de los registrados en 2016, lo que supone un aumento del 19 % en la denuncia de casos.¹

Según datos proporcionados en abril de 2018 por el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (Sipiav), en el año 2017 se registraron 3155 situaciones de violencia contra NNA, 508 casos más de los registrados en 2016.



■ Maltrato emocional ■ Violencia física
 ■ Abuso sexual ■ Negligencia

Gráfica 1. Distribución por formas de violencia
 Fuente: Sipiav 2018



■ Niñas
 ■ Varones

Gráfica 2. Distribución por género NNA

El informe plantea que se producen cuatro formas de violencia hacia NNA: maltrato emocional (39 %), abuso sexual (22 %), violencia física (20 %) y negligencia (19 %) (gráfica 1).

En relación con la distribución por género de la violencia hacia NNA, el 56 % de los casos refiere a niñas y el 44 %, a varones (gráfica 2).

Según estos registros, la mayoría de las situaciones se presentan en niñas y niños en etapa escolar de entre 6 y 12 años (42 %) y en adolescentes de entre 13 y 17 años (34 %).

El 94 % de las personas que agreden a NNA son familiares directos o personas que pertenecen al núcleo de convivencia. En el 51 % de los casos el agresor convive con el niño o la niña.

El 57 % de los agresores son hombres. En el 69 % de las agresiones quien lo hace es la madre o el padre, en tanto que en el 13 % de los casos el agresor es la pareja de la madre.

La violencia constituye un problema crónico, ya que en el 81 % de los casos las situaciones son recurrentes, mientras que solo en el 19 % constituyen un episodio único.

El 60 % de las víctimas no visualiza la situación de violencia, porque la naturaliza, la niega, no la ve como una situación de violencia.

Algunas conceptualizaciones

Las situaciones de maltrato y abuso sexual en NNA se dan en todos los sectores socioeconómicos y culturales; no son, más allá de las creencias, patrimonio de las clases sociales más deprivadas. En los niveles socioeconómicos y culturales



más desfavorecidos se dan con mayor frecuencia el maltrato físico, el maltrato emocional y las conductas negligentes, en tanto que las situaciones de maltrato emocional, el abandono afectivo y la sobreexigencia se dan en los estratos más favorecidos cultural y económicamente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

La violencia familiar o doméstica es un fenómeno multicausal y multidimensional complejo que constituye un factor de riesgo psicosocial que impacta en forma directa en la salud y el bienestar de niñas, niños y adolescentes. El hecho de que la violencia doméstica sea de dominio de la esfera privada de las personas la convierte en una realidad invisible y naturalizada, que legitima relaciones abusivas dentro y fuera del hogar. La violencia es un comportamiento

aprendido y se transmite como modelo de socialización de una generación a otra.

La violencia familiar puede ser ejercida bajo distintas formas. La violencia física es toda acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de un niño, niña o adolescente. La violencia psicológica o emocional es toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento o las decisiones de un niño, niña o adolescente por medio de la humillación, la intimidación o el aislamiento, de forma tal que la vida emocional sea desestabilizada. La violencia sexual es toda acción que imponga o introduzca comportamientos sexuales a una persona mediante el uso de la fuerza, intimidación, manipulación, amenaza o cualquier otro medio.

A los NNA les resulta difícil revelar cuando viven situaciones de violencia o abuso sexual, en especial porque quien los agrede es un integrante del núcleo familiar por el que sienten afecto.

En los centros educativos se generan vínculos de convivencia y de confianza con los adultos referentes que habilitan que NNA puedan develar las situaciones de violencia que viven.



Los indicadores

Las situaciones en las que se ejerce violencia contra NNA son muy variadas, dependiendo de los contextos en que se producen (familia, barrio, escuela, comunidad, otras instituciones), del tipo de agresión, de la relación que se tiene con el agresor, de la frecuencia y la intensidad con que se dan. Por este motivo es necesario considerar cada caso en particular para trazar el camino a seguir. Igualmente se puede considerar que existen indicadores que son indicios que permiten visualizar o dar a entender que una situación está pasando.

Si bien las instituciones educativas no constituyen centros de diagnóstico y tratamiento de las situaciones de violencia, dado el tiempo que NNA permanecen en ellas y por los vínculos de confianza que se establecen con sus pares y con

INDICADORES FÍSICOS

- Trastornos del sueño, dificultad para dormir, pesadillas.
- Lesiones en el cuerpo.
- Conductas agresivas.
- Tartamudez.
- Trastornos de la alimentación.
- Enuresis/encopresis.

los referentes adultos, se convierten en ámbitos privilegiados para la detección y revelación de este tipo de hechos.

Los indicadores que permiten sugerir que NNA están viviendo situaciones de violencia son síntomas y signos que se traducen en forma física, conductual, emocional. Los signos son aquellos fenómenos que pueden ser apreciados por las y los docentes, en tanto que los síntomas serán emociones, pensamientos, sensaciones corporales que NNA puedan relatar.

Que las y los educadores tengan conocimiento de estos indicadores les permite tener elementos para apreciar que determinadas situaciones puedan estar aconteciendo y de esta manera comenzar un proceso de despistaje, aunque teniendo claro que no serán ellas/ellos quienes diagnostiquen una situación de maltrato o abuso sexual.

Estos indicadores pueden ser específicos (propios de la situación que se está viviendo) o inespecíficos (pueden referir a otras situaciones que NNA estén viviendo y no necesariamente a situaciones de violencia o abuso).

INDICADORES CONDUCTUALES

- Sometimiento a otros NNA y/o adultos.
- Cambios en el rendimiento escolar (en más o en menos).
- Aislamiento.
- Problemas de conducta.
- Cambios en los vínculos con sus pares.
- Autoagresividad.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Se duerme en clase o está cansada/o.
- Desconfianza.
- No quiere volver a la casa; permanece en la institución.
- Conductas de fuga.

Rol de las instituciones educativas en acciones de prevención de violencia y abuso sexual

Las instituciones educativas constituyen el escenario privilegiado para que niñas, niños y adolescentes puedan desarrollar a pleno sus habilidades sociales y cognitivas. Son espacios de construcción de ciudadanía y de ejercicio de derechos. Luego de la familia, constituyen un ámbito importante de socialización donde se desarrollan acciones de promoción de estilos de vida saludables, el aprendizaje de formas de convivencia y de relacionamiento, y también distintas maneras de resolución de conflictos.

A través de la educación NNA tienen la posibilidad de adquirir conocimientos para su formación y socialización como sujetos de derecho, de forma tal que puedan ser ejercidos de acuerdo con la evolución de sus facultades en función de su edad y madurez.

La Convención sobre los Derechos del Niño establece que todos los niños deben ser protegidos contra toda forma de violencia, sea esta ejercida por sus padres y cuidadores o por el mundo adulto en general.

Desde las instituciones educativas se pueden desarrollar modelos alternativos de relacionamiento que permitan que NNA puedan desarticular los sistemas de ideas que sustentan las conductas violentas y establecer otras formas de vincularse basadas en el respeto.

ABORDAR LA EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS AULAS

- es un derecho que tienen NNA;
- permite aportar información científicamente válida;
- constituye un espacio para la reflexión crítica;
- permite conocer y promover el ejercicio de los derechos de NNA;
- promueve el respeto, la autoestima y el autocuidado.



Educación sexual integral

La violencia contra NNA es una problemática social y lleva al desafío de desarrollar estrategias que puedan dar respuestas para prevenirla. Educar desde una perspectiva de género y de derechos, que promueva la igualdad de oportunidades entre varones y mujeres, y empodere a NNA a una cultura de buen trato, provee herramientas para que desde las instituciones educativas se contribuya a prevenir las situaciones de violencia y abuso sexual.

La ley 18.437 (Ley General de Educación, 2009), tomando el marco conceptual de la Comisión de Educación Sexual (2006), incorpora en forma obligatoria la educación sexual en todos los niveles del Sistema Educativo y plantea que «la educación sexual tendrá como propósito proporcionar instrumentos adecuados que promuevan en educadores y educandos, la reflexión crítica ante las relaciones de género y la sexualidad en general para un disfrute responsable de la misma».²

La educación sexual, desde una concepción integral, debe brindar a las y los estudiantes las herramientas necesarias para estar en condiciones de tomar decisiones con relación a su



sexualidad. Debe comenzar desde etapas tempranas y proyectarse a todos los niveles formales de la educación.

La educación contribuye a la construcción del ser, de subjetividades y a la conformación del ser personas. La sexualidad es una dimensión integral del ser personas; por lo tanto, la educación sexual se integra como una parte más de la formación como seres humanos y como estrategia capaz de brindar herramientas para el desarrollo saludable de NNA en pos de una mejor calidad de vida.

La educación sexual es una estrategia para la formación personal, para la construcción de ciudadanía y para la convivencia social. El marco conceptual desde donde se imparte está basado en un enfoque de género, de derechos y de diversidad. Será una educación que permita desnaturalizar la violencia cotidiana y generar relaciones más igualitarias y saludables.

La educación sexual en las aulas permite fortalecer los factores protectores de NNA, y que, a través del abordaje de temas como el respeto, el cuidado del cuerpo, el resguardo de la intimidad, el conocimiento de sus derechos, puedan identificar situaciones de violencia y abuso y pedir ayuda.



Adulto referente protector es una persona adulta que constituye una referencia afectiva capaz de proteger física y emocionalmente al niño o niña.

Protocolos de intervención

Los *mapas de ruta* o *protocolos de intervención* constituyen herramientas que permiten a las instituciones generar estrategias de intervención ante situaciones de violencia que se detecten en ellas. Con la finalidad de mejorar el abordaje de las situaciones de violencia y unificar criterios de intervención entre instituciones públicas y privadas que trabajan con niñas, niños y adolescentes, de forma de garantizar los derechos de quienes viven estas situaciones, el Consejo Directivo Central (Codicen) recomienda la creación de protocolos institucionales de intervención.



Mapa de ruta del Consejo de Educación Inicial y Primaria

El *Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar* del Consejo de Educación Inicial y Primaria (CEIP) ha sido elaborado como un aporte para que maestras y maestros, ante la necesidad de actuar frente a situaciones de violencia y/o abuso sexual, tengan las herramientas necesarias para detectar estas situaciones y puedan brindar a niñas y niños una respuesta protectora.³

El *Mapa de ruta* contribuye a:

- protocolizar las formas de intervención ante situaciones de maltrato y abuso sexual infantil detectadas desde la escuela;
- generar acuerdos y definir responsabilidades entre las instituciones públicas que tienen competencia en esta temática.

El *Mapa de ruta* es una herramienta conceptual y operativa que marca un camino para transitar ante situaciones de alta complejidad, como el maltrato y el abuso sexual que viven niños y adolescentes. Se trata de una estrategia para operativizar el trabajo en red y generar los mecanismos de articulación interinstitucional que permitan trabajar desde la especificidad y la responsabilidad que a cada uno le compete ante estas situaciones. A su vez, permite potenciar los recursos existentes y retomar las buenas prácticas que se vienen realizando en cada institución educativa o en la localidad.³



Figura 1. Documento: «Situaciones de violencia doméstica en adolescentes. Protocolo para Enseñanza Media.»

El adulto referente protector puede ser una persona de la familia o cualquier persona (familiar, amiga/o del/la niña/o, vecino/a) con la que el/la niño/a se sienta seguro/a, pero nunca puede ser la persona que lo agrede.

Etapas en el procedimiento para la atención a las situaciones de violencia que se detectan en el ámbito escolar

Cuando un/a maestro/a identifica una situación de violencia, debe buscar estrategias que permitan que se establezcan redes de acción. No deben actuar en soledad y deben procurar apoyo desde las direcciones e inspecciones. Es fundamental el trabajo en equipo y en coordinación con otros actores de la comunidad.

Etapas o pasos a seguir ante una situación de violencia

1. La detección e identificación de síntomas y signos que niñas y niños manifiesten tanto en sus relacionamientos como en su aprendizaje escolar.
2. La valoración del riesgo y el diagnóstico de situación a través de una intervención desde lo interdisciplinario e interinstitucional con derivación al centro de referencia local existente.
3. La identificación del adulto referente protector, la articulación y coordinación del trabajo en red con otras instituciones.

4. El seguimiento de la situación en articulación con las otras instituciones que intervienen en el abordaje.

El adulto referente protector puede ser una persona de la familia o cualquier persona (familiar, amiga/o del/la niña/o, vecino/a) con la que el/la niño/a se sienta seguro/a, pero nunca puede ser la persona que lo agrede.

Mapa de ruta. Protocolo para Enseñanza Media

El documento «Situaciones de violencia doméstica en adolescentes. Protocolo para Enseñanza Media» (figura 1) propone orientaciones de intervención ante situaciones de violencia doméstica que puedan detectarse en los centros educativos de Enseñanza Media, tanto en la órbita del Consejo de Enseñanza Secundaria (CES) como del Consejo de Educación Técnico Profesional (CETP).

El adulto del centro educativo ocupa un lugar privilegiado y muy importante frente a situaciones complejas que pueden vivir los alumnos. Es un referente fuera del ámbito familiar, que tiene un

vínculo de confianza construido a partir de la frecuencia de encuentros que tiene con el o la adolescente a lo largo del año.⁴

Pasos a seguir en la atención a situaciones de violencia doméstica

Cuando en una institución educativa se detecta que un/a adolescente vive una situación de violencia doméstica, esta debe ser tenida en cuenta y atendida.

Es importante:

- creer en el relato que el/la adolescente hace;
- considerar que lo que el/la adolescente relata es confidencial;
- no abordar la situación en solitario y conformar un equipo de trabajo multidisciplinario y/o con personas de la institución que puedan hacerse cargo de la situación;
- buscar estrategias y coordinar la forma de llevarlas a cabo;
- incluir al/la adolescente en el diseño de la intervención a llevar a cabo;
- identificar a un adulto referente (que no sea el agresor), que puede ser un integrante de la familia u otros adultos cercanos;
- tener en cuenta que el diagnóstico de violencia será realizado por el equipo técnico de salud o del poder judicial que se haga cargo de la situación;
- considerar que derivar no significa desvincularse de la situación.

Ante la denuncia de una situación de violencia, los pasos a seguir son:

1. La detección de la situación por distintos actores de la institución educativa.
 - * Identificación de la situación de violencia, que puede darse por el relato, diversos comportamientos, cambio de actitudes, cambios en los procesos de aprendizaje.
2. La caracterización de la situación dentro de diferentes parámetros de gravedad, urgencia e intensidad del daño.
 - * La identificación de un adulto referente que pueda cuidar y proteger al/la adolescente y que debe-

rá ser proporcionado por él/ella, y que bajo ningún concepto podrá ser quien agrede. Hay que relevar información desde el relato del/la adolescente y de referentes familiares, así como también de vecinas/os, y de otros integrantes de la institución educativa.

* Evaluar el riesgo de la situación teniendo en cuenta el tiempo que lleva la situación de violencia, cuál es el vínculo con agresor/a, cuál es el tipo de maltrato, si hay daño, cuál es el núcleo de convivencia, recursos para generar un cambio en la situación.

3. Establecer las medidas de protección que se tomarán una vez conocida la situación, dependiendo de la gravedad y el riesgo que el/la adolescente sufre por esta causa.
4. Realizar un seguimiento de la situación detectada con apoyo pedagógico. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Sistema Integral de Protección a la infancia y a la Adolescencia contra la Violencia: Informe de gestión 2017. Disponible en: <www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>.
- 2 Ley General de Educación 18.437. Disponible en: <parlamento.gub.uy/documentosleyes/leyes/ley/18437>.
- 3 Bentancor, Gabriela, Fernanda Lozano, Mariela Solari Morales: Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar, Montevideo: Consejo de Educación Inicial y Primaria, Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia, Unicef; 2013. Disponible en: <www.ceip.edu.uy/documentos/2013/biblioteca/web/mapa_de_ruta_maltrato_infantil_2013.pdf>.
- 4 Durán Costa, Mariana (comp. y coord.): Situaciones de violencia doméstica en adolescentes. Protocolo para Enseñanza Media, Montevideo: Administración Nacional de Educación Pública, Consejo Directivo Central; Consejo de Enseñanza Secundaria, Consejo de Educación Técnico Profesional, Dirección de Formación y Perfeccionamiento Docente, Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay; 2010. Disponible en: <www.utu.edu.uy/utu/reglamentos/protocolo-de-intervencion-para-ensenanza-media_anep-codicen.pdf>.



**MARIELA
SOLARI
MORALES**

Asistente Social (Universidad de la República, Uruguay) / Magíster en Educación y Evaluación (Universidad Católica del Uruguay, UcuDal) / Directora de la Unidad de Víctimas y Testigos de la Fiscalía General de la Nación, Uruguay / Ex directora Nacional de Uruguay Crece Contigo (Ministerio de Desarrollo Social, Mides / Responsable de políticas sociales de la Agencia Uruguaya de Cooperación Internacional (AUCI) / Docente en la UcuDal.

solmariela@gmail.com

IMPERIOSO Y URGENTE: DEVELAR Y ACTUAR PARA TERMINAR CON LA VIOLENCIA SEXUAL QUE SUFREN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN URUGUAY

Resumen

Se hace referencia al rol que cumplen las instituciones educativas como espacios de construcción de ciudadanía y ejercicio de derechos, y como espacio privilegiado para crear vínculos de confianza y buen trato que promuevan la autonomía y la protección de niñas, niños y adolescentes. Se hace una breve descripción de los mapas de ruta de la Administración Nacional de Educación Pública como herramientas para actuar ante situaciones de violencia doméstica que se detectan en las aulas.

Palabras clave: rol, instituciones educativas, protección, mapas de ruta.

Abstract

Reference is made to the role of educational institutions as spaces for the construction of citizenship and the exercise of rights, and as a privileged space to create bonds of trust and good treatment that promote the autonomy and protection of children and adolescents. A brief description of the route maps of the National Administration of Public Education is made as tools to act in situations of domestic violence that are detected in the classrooms.

Key words: role, educational institutions, protection, route maps.

1. Introducción

La violencia sexual es una violación a los derechos humanos y un problema grave de salud y seguridad públicas, que sucede en los diversos ámbitos donde transitan especialmente las mujeres. Esto también es una de las formas de violencia más graves que viven las niñas y los niños en el ámbito familiar, institucional, comunitario. Con mayor prevalencia ocurre en el ámbito doméstico y el agresor es en la mayoría de los casos del entorno de confianza de ellos. La violencia sexual es una de las formas más terribles de la violencia ejercida hacia niñas, niños y adolescentes, y también es la que genera ma-

yor dificultad para ser abordada. Este tipo de violencia genera sentimientos de rechazo, angustia, impotencia en las víctimas y en las personas que toman contacto con los hechos. En especial genera culpa en las víctimas y en el entorno. Sentimiento este que paraliza, favorece el ocultamiento, y perpetúa y legitima las situaciones de este tipo. Su abordaje requiere de seguir profundizando en el armado de respuestas complementarias entre diversas disciplinas e instituciones. La complejidad de su origen, dinámica y secuelas reclama un abordaje colectivo, y exige la coherencia y racionalidad

de las intervenciones. La violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes es el tema que menos se ha profundizado en los protocolos y guías de actuación, en las investigaciones, en el diseño de los servicios y la formación de técnicos y profesionales. En este artículo haremos una breve reseña sobre algunos puntos de debate sobre la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes desde el trabajo directo con las víctimas de estos delitos.

2. De qué hablamos cuando hablamos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes

La violencia sexual es de las formas de violencia más complejas de visualizar por los distintos actores que la viven directamente y también por aquellos que, como terceros, identifican, sospecha o toman conocimiento de ello.

Desde hace solo 10 años Uruguay cuenta con un registro sistemático de los casos de violencia sexual que llegan a detectarse en los organismos de atención a la infancia. En el último informe del Sipiav¹ se muestra un aumento de los casos registrados de violencia hacia los niños y adolescentes y en especial de los casos de abuso sexual y negligencia que sufren los niños. En 2017, se registran 3155 casos de violencia hacia niños y adolescentes, lo que daría 9 situaciones diarias que al menos son detectadas por organismos del Estado. El 22 % de estas situaciones corresponden a abuso sexual, 83 % de las cuales son episodios recurrentes con grado de cronicidad. El 70 % de las víctimas son niñas. En referencia a la edad, en los casos de abuso sexual se nota una mayor concentración en la franja de 4 y 5 años, y decaen las cifras a medida que los niños crecen: un 38% luego de los 18 años. En referencia a los abusadores, un 89 % son varones cercanos y de confianza de los niños (27 % padre, 26 % pareja de la madre, 29 % otro familiar), y se concentran en la franja de los 18 a 49 años.

Estos datos dejan claro que la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes es un problema con alta prevalen-

cia que atenta contra su integridad emocional y física y afecta su vida con secuelas que perduran a lo largo de los años.

Es claramente una manifestación más de las inequidades de género y generaciones, donde las valoraciones por ser mujer y niña, en una sociedad patriarcal y adultocéntrica, las ubica en una situación de mayor vulnerabilidad. El abuso de poder en las situaciones de violencia sexual se manifiesta en forma direccional hacia las niñas y mujeres adolescentes en especial, pero también hacia los niños y varones adolescentes.

La violencia sexual se define en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* como «todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo».²

El abuso sexual infantil es el ejercicio abusivo de poder de un adulto hacia un niño para satisfacción sexual de quien lo ejerce, en detrimento y con desconocimiento de la voluntad del niño. Para que el abuso sexual ocurra y se mantenga, existen por lo general mecanismos de extorsión y coerción por parte del adulto. En esta dinámica, el niño o el adolescente son ubicados en una situación de extrema vulnerabilidad, pues para que el abuso se mantenga y el abusador continúe impune son amenazados con las consecuencias de un eventual relato de la situación y culpabilizados por la relación de abuso.³

En el año 2007 Irene Intebi plantea que deben darse tres elementos que caracterizan los comportamientos abusivos, y los diferencia de aquellos comportamientos no abusivos:⁴

- las diferencias de poder que conllevan posibilidad de controlar a la víctima física o emocionalmente;
- las diferencias de conocimientos que implican que la víctima no pueda comprender cabalmente el

significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual;

- la diferencia en las necesidades satisfechas: quien agrede busca satisfacer sus propios impulsos sexuales.

En este sentido, es importante hacer algunas puntualizaciones que aporten a complejizar el concepto planteado.

El abuso de poder está basado en el desequilibrio que se da en la forma de relacionarse, legitimado en una cultura patriarcal y adultocéntrica que atribuye lugares simbólicos y sociales a los hombres por sobre las mujeres, y a los adultos (hombres y mujeres) por sobre los niños, estableciendo roles, funciones y un deber ser para cada uno de estos lugares en el ámbito doméstico. En lo que refiere específicamente a la violencia sexual, además se complementan con la construcción cultural y simbólica de la sexualidad en la infancia, adolescencia y adultez. La escasa educación sexual e información sobre estas situaciones deja a los niños más vulnerables en una sociedad que no habilita hablar de la sexualidad y ubica a los niños o adolescentes como personas que «provocan a los adultos varones que no pueden controlarse» frente a un estímulo sexual. Estas construcciones sociales y culturales son parte del relato cotidiano en la crianza de los niños y adolescentes y los deja desprotegidos a la hora de enfrentarse a una situación abusiva.

La relación de abuso está basada en el sometimiento, en el control del Otro. En el proceso de sometimiento quien somete anula al Otro; aniquila su esencia, su deseo.

Estas relaciones se basan en circuitos de abuso⁵ donde al menos coexisten tres polos: quien abusa, quien es abusado y los terceros (personas, instituciones, escenarios). Los terceros son aquellos que ven y hacen que no ven, o que no pueden ver. Son quienes con su acción u omisión legitiman y sostienen o interrumpen estas situaciones. Como plantea la autora, esos tres polos comparten creencias, valores y acciones que permiten sostener el circuito. Existe un acuerdo implícito de las razones y teorías que explican cómo suceden y se perpetúan estas situaciones en el silencio de la «aparente normalidad». Esto se da a través del lenguaje y la forma de comunicación compartida donde se acepta y se invisibiliza el sufrimiento que puedan manifestar niñas, niños y adolescentes a través de su conducta, su alimentación, su

rendimiento escolar, trastornos físicos o emocionales.

Las situaciones de violencia siempre se dan en un proceso a lo largo del tiempo que va matizando la forma de relacionarse y afecta la subjetividad de cada uno, generando una nueva forma de relacionarse y de pensarse a sí mismo. Un acto de violencia es parte de un proceso mucho más complejo que se basa en el sometimiento y la naturalización de los microabusos cotidianos.⁵ En este proceso se genera un efecto de anestesia, donde quien sufre el abuso no puede ver emocionalmente lo que sucede como efecto del sometimiento y daño de la otra persona. Se bloquean las emociones y la capacidad de autocuidado. Los débiles mecanismos de preservación que aún los sostienen son los que hacen que niñas, niños y adolescentes pidan ayuda de diversas formas, manifestando y dejando ver su sufrimiento y desprotección. Esa posibilidad de pedir ayuda y la respuesta del entorno son las que facilitan la salida de estas situaciones y generan procesos resilientes en niñas, niños y adolescentes.

El vínculo entre quien abusa y es abusado también está teñido de una forma de amor y de sufrimiento. Quien abusa no es solo el abusador para quien lo sufre, sino que también en muchas ocasiones es una persona de mucha cercanía y a quien quiere. En el caso de niñas, niños y adolescentes en la mayoría de las ocasiones es con quienes tienen un vínculo de dependencia para su sobrevivencia física y emocional, y es una persona que debe cuidarlos y protegerlos. Entonces, por momentos niños, niñas o adolescentes sienten que los cuida y por momentos que los hace sufrir. Este sentimiento de ambivalencia es parte de lo que sostiene estas relaciones y lo que genera mayor dificultad para develar los hechos.

Como forma de describir la dinámica en que sucede el abuso en la infancia, Roland Summit⁶ planteó el síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (SAASI), a través del cual realiza una descripción del proceso que suelen atravesar niñas, niños o adolescentes victimizados desarrollando cinco elementos, dos de los cuales definen la vulnerabilidad básica de niñas y niños, mientras los otros tres son secuelas contingentes de la agresión sexual.^{4,7}

Las etapas por las que atraviesan las víctimas son: 1) el secreto; 2) la desprotección; 3) el atrapamiento y la adaptación; 4) la revelación tardía y poco convincente y la 5) la retractación.

Las personas que sufren situaciones de violencia sienten que han hecho algo por lo cual merecen esto; en general, creen que nunca podrán salir y que la persona que las agrede siempre tendrá control sobre sus vidas. En la revelación de la situación sienten vergüenza, culpa, miedo; pero hay ambivalencia por querer terminar con ese vínculo y a la vez sentirse culpables por querer acusar a quien lo abusa. Sienten culpa por romper la lealtad familiar y que traicionan a quien los agrede contando lo sucedido. Temen por la venganza con él/ella u otro integrante de la familia. Por eso la revelación en general es tardía y confusa. En tanto la retractación refiere a cuando el niño o la niña, luego de sufrir procesos de victimización secundaria, se retracta de su relato. Luego de develar la situación y pasar por diversas instancias de declaración y sentirse indagadas más que protegidas, las víctimas pueden retractarse de lo declarado al inicio, como modo de preservarse de la victimización que les produce repetir una y otra vez la misma situación, de sentir que no les creen y que son culpables de lo sucedido.

Formas y contextos de la violencia sexual

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Entre ellos, cabe señalar:²

- la violación en el matrimonio o en las citas amorosas;
- la violación por parte de desconocidos;
- la violación sistemática durante los conflictos armados;
- las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores;
- el abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- el abuso sexual de menores;
- el matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores;
- la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual;
- el aborto forzado;
- los actos de violencia que afecten a la integridad

sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad;

- la prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

Los cortes de diferenciación pueden ser:

- a) Escenario. Diferenciar las situaciones de violencia sexual que se dan en el ámbito doméstico y las que se dan en otros escenarios: institucionales, laborales, comunitarios.
- b) Franjas de edad: primera infancia, infancia y/o adolescencia. Las características del desarrollo en cada etapa hacen que la dinámica del abuso, los efectos y la forma de abordaje sean diferenciales.
- c) Género. Diferenciar si quien es agredido sexualmente es un varón o una mujer y diferenciar si quienes agreden son varones o mujeres.
- d) Tipo de violencia sexual. La violencia sexual incluye un amplio espectro de acciones, desde el abuso menos intrusivo hasta la violación:
 - todas las formas de contacto físico, genital, urogenital o anal;
 - el abuso sin contacto físico, como el lenguaje o gestos subjetivos u obscenos;
 - el abuso sin contacto directo —exhibicionismo, voyeurismo—;
 - la explotación sexual comercial, utilizando niñas, niñas o adolescentes para la producción de material pornográfico; el sexo con niños por dinero o especies (ropa, zapatos de marca, entradas a recitales o espectáculos deportivos, etc.);
 - el turismo sexual, donde actúan redes a nivel regional y mundial, muy difíciles de desarticular, porque allí intervienen múltiples actores primarios y secundarios;
 - el ciberestupro, flagelo de la modernidad, difícil de detectar y casi imposible de sancionar o prohibir.

Los efectos que genera en las víctimas

Las secuelas que dejan las vivencias de este tipo de situaciones son emocionales, físicas y se evidencian en el desarrollo: en la percepción de sí mismo y de sus recursos, en el aprendizaje, en la forma de relacionamiento, en el desarrollo

psicomotriz, del lenguaje, en su capacidad de simbolización y elaboración, en las habilidades para manejar sus emociones, en su capacidad de integración social, como en otras áreas.

Los efectos e impactos de la violencia sexual están relacionados con: a) el tipo de vínculo con el agresor, b) el tiempo en que transcurre la situación de abuso, c) la edad de las víctimas, d) la respuesta del entorno inmediato frente a la situación. En el caso de niñas, niños y adolescentes las situaciones crónicas generan efectos severos en el desarrollo físico, emocional, cognitivo y psicológico. Los daños no se limitan a la víctima que lo padece, sino que pueden extenderse al grupo familiar, grupos de pares y la comunidad. (Fiscalía General de la Nación, Colombia, 2016)

Tal como plantea Intebi en el año 2016⁸ el potencial de daño emocional que tienen los abusos sexuales sobre los niños se basa en que:

- no son comportamientos consensuados, aun cuando el niño no se resista;
- resultan, con frecuencia, evolutivamente inadecuados;
- invariablemente alteran la relación vincular en la que ocurren;
- pueden resultar dolorosos, producir temor y confusión;
- producen respuestas en los niños que pueden interferir en los procesos evolutivos normales.

Los efectos en las vidas de las mujeres, niñas, niños y adolescentes son devastadores, tanto en la salud física, desarrollo y secuelas psicológicas y sociales.

Algunos de los principales efectos que genera la violencia sexual son:

- Mayor vulnerabilidad a adquirir enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazos no deseados en adolescentes.
- Problemas emocionales y de salud mental severos.
- Mayor prevalencia de homicidios e intento y/o suicidio.

3. Apuntes para el debate sobre el sistema de respuesta a la violencia sexual que viven niñas, niños y adolescentes

Los equipos técnicos de salud y otros sectores (educación, programas sociales y de infancia, otros) que toman contacto

con las situaciones de violencia sexual se ven afectados por el relato que genera sentimientos y emociones contradictorias y ambivalentes. Como el propio problema que requiere abordaje. En general los equipos pueden pasar por experiencias en las que el miedo y la impotencia frente al relato hacen que «no vean, que no ven»⁵ lo que los indicadores o síntomas de salud (psíquica, física) en el desarrollo del niño están advirtiendo sobre una posible situación de violencia sexual. También puede pasar lo opuesto. Esto es que el impacto del relato y la identificación de un solo indicador lleve a actuar rápidamente sin considerar otros indicadores o el contexto de la situación que permita evaluar las acciones más protectoras y garantistas para niñas, niños y adolescentes. Por esta razón es necesario que frente a las situaciones de violencia sexual los equipos de trabajo que tienen un rol asistencial con niñas, niños y adolescentes conozcan las características de la problemática y las estrategias de abordaje pertinentes.

En ese sentido el primer planteo remite a conocer la normativa, los instrumentos creados desde cada sector para el abordaje de estas situaciones y en especial la institucionalidad que cuenta con servicios y recursos para ello. Los instrumentos creados en los últimos años, en especial en el sector salud, remiten a guías, manuales y protocolos que plantean las acciones a seguir por el personal de salud. Cuentan además con equipos de referencia en violencia doméstica que tienen como cometido brindar apoyo en estas situaciones tan complejas.

En segundo término, como aspecto general, se hace necesario diferenciar los roles y competencias y el ámbito de abordaje. Las situaciones de violencia requieren para su abordaje de acciones al menos en los siguientes ámbitos: prevención, asistencia, acceso a la justicia y reparación/tratamiento.⁹

La atención integral, por lo tanto, va a implicar el diseño de un abordaje con acciones en cada una de esas áreas de intervención explicitadas y requiere de diversas disciplinas e instituciones con competencias diferenciales. Tanto el diagnóstico como las estrategias de cambio en estas situaciones tan complejas no pueden ser realizados por una sola disciplina ni por una sola institución, y requieren al menos de experticia psicológica, social y médica. A problemas complejos, respuestas complejas.⁹

El diseño de las respuestas a la violencia sexual requiere de un tejido particular en cada caso que combine experticias profesionales y competencias personales, técnicas e institucionales que se complementen con racionalidad y coherencia, teniendo en el centro el interés superior del niño, su protección.

A los efectos de simplificar el presente artículo dividiré los ámbitos de intervención en aquellos que tienen que ver con las competencias y acciones de equipos de salud, psicosociales y aquellos que refieren a acciones de la justicia en los casos específicos de violencia sexual. Es relevante diferenciar los objetivos y mecanismos para las acciones de prevención, aquellas de orden asistencial y las que se dan en el marco de una investigación de un delito. Cada ámbito de abordaje requiere rigurosidad en el diseño de los modelos, en el método e instrumentos. Es necesario que se pueda explicar y detallar cómo se detecta, se aborda y se asiste, con qué instrumento y con qué método. Sin perjuicio de que cada etapa requiere de un desarrollo particular en cuanto a acciones y competencias que se requieren.

A. Prevención, asistencia y reparación

En estos ámbitos de intervención se requiere de actores profesionales, técnicos y personas de cercanía con niñas, niños y adolescentes que desarrollen acciones de prevención, facilitando información, trabajando sobre educación sexual y género, conversando con ellos sobre las relaciones sanas, y desnaturalizando las situaciones abusivas. Esto permite contar con espacios de confianza para que niñas, niños y adolescentes puedan compartir lo que les sucede.

En la actualidad existen servicios y programas que brindan respuestas a estas situaciones desde el Estado y de este en convenio con organizaciones de la sociedad civil. No obstante, en general las situaciones de violencia sexual son las más ocultas y a veces llegan tarde las respuestas.¹⁰

El trabajo con las niñas, niños y adolescentes es esencial en el marco de un proyecto colectivo que considere a los grupos de pares, las familias y comunidad. Esto es lo que permitirá fortalecer las redes personales para el sostén y apoyo en la detección, asistencia y reparación. Como plantea Diana Britto¹¹ la victimización y la desvictimización no son asuntos meramente individuales, en cuanto involucran tanto la atención especial y particular a la víctima, como el proceso

de desvictimización que pasa por comprender dónde, cómo y por qué aconteció la agresión. La victimización es un hecho real (trauma, dolor, herida) y psicosocial (representación que del hecho se hace la víctima, quienes la rodean y la sociedad) que requiere de un abordaje integral que abarque acciones individuales y colectivas.

Una de las primeras acciones y más protectoras para niñas, niños y adolescentes es estar alerta a sus señales y generar espacios de escucha atenta y empática que permita a los niños desarrollar su relato en forma espontánea. El relato es importante registrarlo en forma textual y manejar siempre con otros profesionales las acciones a desarrollar en estos casos.

La forma en que el entorno reacciona ante la primera revelación es fundamental en este tipo de situaciones; por ende, requiere de los mayores cuidados desde el mundo adulto que tiene la responsabilidad de cuidado y protección una vez que los niños logran romper el silencio. A su vez se debe considerar la responsabilidad que como profesionales y funcionarias/os en determinadas instituciones tiene cada persona frente a la protección de niñas y niños, y la develación de estos hechos.

B. Procesos de acceso a la justicia

En referencia a los delitos sexuales y atendiendo a la conceptualización antes realizada, es de destacar la existencia de marco normativo internacional y nacional que contempla estos delitos.

El acceso a la justicia es un derecho y un proceso de relevancia para proteger a las niñas, niños y adolescentes, y sancionar a quienes cometen un delito. Es parte de una estrategia de abordaje con las niñas, niños y adolescentes que viven estas situaciones. Transitar por los procesos judiciales implica preparar a las niñas, niños y adolescentes y a su entorno familiar para un escenario jurídico con mecanismos y lenguaje específico. Las personas deben conocer sus derechos y cómo ejercerlos. Tener información y saber cuáles son los pasos a seguir en este escenario es uno de los principales aspectos a considerar. Los procesos de revictimización secundaria que se generan en el tránsito de las víctimas por los servicios de salud y jurídicos deben evitarse generando prácticas protectoras y haciendo ejercicio de los derechos que tienen las víctimas. Recordemos que, en especial, en

los delitos sexuales, los procesos de revictimización por los cuales se ubica a las víctimas como sospechosas, se las culpa por su indefensión frente a estas situaciones, y se les pide que relaten una y otra vez los hechos generan en las niñas, niños y adolescentes procesos de retracción y retractación como forma de preservarse. Esto es un daño que se agrega y aumenta el ya sufrido por el propio abuso.

Es así que los profesionales y técnicos que detectan estas situaciones deben conocer el marco legal y los mecanismos más protectores para acceder a la justicia y acompañar a niñas, niños y adolescentes y sus familias.

Una precisión importante es que en la actualidad en Uruguay los delitos sexuales no requieren de instancia de parte para investigarse en el ámbito penal. Esto es que no se requiere de la denuncia de la propia víctima para dar inicio a una investigación criminal. Tal como lo establece la Instrucción General N.º 8 de Delitos Sexuales de la Fiscalía General de la Nación,¹² en los Lineamientos para la persecución de los delitos de violencia sexual, literal «B. Investigación de oficio. La acción penal respecto a los delitos previstos en los artículos 272, 272 bis, 272 ter, 273, 273 bis y 274 del C. P. es pública, no requiriéndose instancia del ofendido (art. 78 Ley N.º 19.580)». Esto implica que las víctimas, que en algunos delitos sexuales no se identifican como tales (como las víctimas de explotación sexual y trata) pueden asistirse y recibir apoyo en los servicios asistenciales, y la investigación penal de los hechos delictivos podrá seguir su curso de oficio.

Asimismo, en este último período se han generado cambios legislativos que han permitido contar con nuevas herramientas para proteger a las víctimas y perseguir el delito.

En especial, la Ley N.º 19.580 (Violencia hacia las mujeres, basada en género)¹³ plantea en su capítulo 1 de disposiciones generales:

Artículo 9 (Derechos de las niñas, niños y adolescentes en los procesos administrativos y judiciales). Se reconoce a las niñas, niños y adolescentes, sean víctimas o testigos de actos de violencia, sin perjuicio de los derechos que establecen las normas aplicables, el derecho a:

- A) Ser informados por su defensa sobre sus derechos, el estado y alcance de las actuaciones administrativas, los plazos y resoluciones judiciales en la causa, en forma accesible a su

edad, teniendo en cuenta su madurez y grado de autonomía.

- B) Que su relato sobre los hechos denunciados sea recabado por personal técnico especializado, en lugares adecuados a tal fin y evitando su reiteración.
- C) A la restricción máxima posible de concurrencia a la sede judicial o policial, así como a ser interrogados directamente por el tribunal o por personal policial.
- D) Ser protegidos en su integridad física y emocional, así como su familia y testigos, frente a posibles represalias, asegurando que los mismos no coincidan en lugares comunes con las personas denunciadas en los espacios judiciales y policiales.
- E) En las audiencias no podrá estar presente la persona denunciada como agresora y la defensa no podrá formular preguntas a la niña, niño o adolescente salvo previa autorización del Tribunal y solamente a través del personal técnico especializado.
- F) El respeto de la privacidad de la víctima y familiares denunciadores respecto de terceros, manteniendo en reserva su identidad e imagen y la adopción de medidas necesarias para impedir su utilización por los medios de comunicación.
- G) Recibir información previa accesible a su edad y madurez. Para la realización de los exámenes u otras acciones que afecten su intimidad, podrán ser acompañados por la persona adulta de confianza que ellos mismos elijan.

También se cambia el delito de atentado violento al pudor para pasar a tipificar el delito como abuso sexual en el Código Penal, se plantea nuevas medidas y también introduce delitos como el *grooming* y aquellos referidos a divulgación de mensajes con contenido íntimo.

Artículo 272 bis. (Abuso sexual). El que por medio de la intimidación, presión psicológica, abuso de poder, amenaza, fuerza o cualquier otra circunstancia coercitiva realice un acto de naturaleza sexual contra una persona, del mismo o distinto sexo, será castigado con pena de ocho meses de prisión a seis, años de penitenciaría. La misma pena se aplicará cuando en iguales circunstancias se

obligue a una persona a realizar un acto de naturaleza sexual en contra de un tercero.

La violencia se presume cuando el acto de naturaleza sexual se efectúa:

1. Con una persona menor de quince años. Esta presunción no regirá si se tratare de relaciones consensuadas entre personas mayores de doce años y no exista entre ambas una diferencia mayor a diez años.
2. Con descendiente o persona bajo su cuidado o autoridad menor de dieciocho años de edad.
3. Con persona que, por causas congénitas o adquiridas, permanentes o transitorias, se halla, en el momento de la ejecución del acto, privada de discernimiento o voluntad.
4. Con persona arrestada o detenida, siempre que el imputado resulte ser el encargado de su guarda o custodia.

Artículo 272 ter. (Abuso sexual especialmente agravado). Se considerará abuso sexual especialmente agravado cuando se invade cualquier parte del cuerpo de la víctima o del autor, a través de la penetración por insignificante que fuera, vía anal o vaginal, con un órgano sexual, otra parte del cuerpo o un objeto, así como la penetración vía oral con un órgano sexual, castigándose con una pena de dos a doce años de penitenciaría. La pena a aplicar en caso de tentativa nunca será inferior a dos años de penitenciaría.

Artículo 273 bis. (Abuso sexual sin contacto corporal). El que ejecutare o hiciera ejecutar a otra persona actos de exhibición sexual ante una persona menor de dieciocho años de edad, será castigado con seis meses de prisión a tres años de penitenciaría.

La misma pena se aplicará en caso que se hiciera practicar dichos actos a una persona menor de dieciocho años de edad o prevaleciéndose de la incapacidad física o intelectual de una víctima mayor de esa edad.

Se plantean medidas para los condenados por estos delitos, que implican la suspensión de la patria potestad, guarda y prohibición de desempeñar algunas tareas y cargos que impliquen trato con niños/as y adolescentes.

En referencia al nuevo Código del Proceso Penal¹⁴ se avanza con el nuevo lugar que adquieren las víctimas en el

proceso penal y en especial con las acciones de atención y protección a las víctimas que brindan un camino más amigable y garantista para que niñas, niños y adolescentes accedan a la justicia, en especial en estos casos de violencia sexual.

Según la Instrucción General N.º 8 de Delitos Sexuales de la Fiscalía General de la Nación, en el caso de las víctimas de violencia sexual, la atención de las víctimas por parte de la Unidad de Víctimas y Testigos de la Fiscalía General de la Nación «tiene por objeto: informarle acerca de sus derechos, activar las rutas de salud necesarias, poner en marcha los procesos de protección y atención para ella, familiares, testigos, operadores y técnicos que lo requieran», así como coordinar con otras instituciones para que acceda a los servicios necesarios y preparar a las víctimas para las instancias jurídicas en las que se requiera su participación.

... desde la toma de conocimiento del hecho y durante toda la investigación y en su caso, durante el juicio, la mejor estrategia para la protección de la víctima/s, buscando disminuir al máximo las perturbaciones que hubiere de soportar en ocasión de las diligencias o actuaciones en que debiere intervenir (preparación de la víctima para su declaración, acompañamiento a la realización de las pericias), y de favorecer la participación de la víctima en el juicio.

Aquí la instrucción hace una llamada al pie: «Sobre este punto tener presente la Instrucción General N.º 5 sobre atención y protección a víctimas y testigos».¹⁵ Además, la misma Instrucción General N.º 8 sobre Delitos Sexuales plantea:

A fin de contribuir a la protección del derecho de la víctima a la salud y evitar su revictimización, se debe procurar que el mismo equipo de salud que practique el tratamiento profiláctico, realice el examen físico y extraiga las muestras para exámenes de laboratorio que correspondan, siempre que cuente con las condiciones para ello y una vez que se haya informado a la víctima sobre el procedimiento y se cuente con su consentimiento; adoptando las medidas para garantizar la cadena de custodia.

Y aclara:

La Fiscalía debe oponerse al diligenciamiento de prueba revictimizante o discriminatoria (artículo 46 de la Ley N.º 19.580).

En concordancia a lo señalado en el Capítulo anterior, se encuentra dentro de este tipo de prueba la que tiene por objeto inferir el consentimiento de la víctima desde su silencio, de la falta de resistencia, de la demora en realizar la denuncia, así como aquella que refiere al comportamiento sexual anterior o posterior de la víctima. Por igual razón, debe oponerse a la

reiteración de pericias psicológicas o físicas sobre la persona de la víctima.

En el nuevo Código del Proceso Penal y tal como lo establece la mencionada Instrucción General N.º 8 de la Fiscalía General de la Nación, para la investigación de los delitos sexuales está prevista la posibilidad de efectuar:

F. Prueba anticipada.

Las Guías de Santiago sobre la Protección de Víctimas y Testigos recomiendan que: *Debe valorarse la posible práctica de actuaciones de prueba anticipada para que, con garantía para todas las partes, se evite que el proceso, en su desarrollo, se convierta en causa de victimización secundaria o suponga un factor de presión sobre la víctima que le pueda llevar a abandonar el libre ejercicio de sus derechos. El Ministerio Público debe asumir la presencia de estas víctimas en el proceso valorando tanto su escasa predisposición a la colaboración como la fugacidad de su disponibilidad, por lo que debe articular oportunos mecanismos de prueba pre constituida con plenas garantías para todas las partes; a fin de que la persecución penal de la conducta sea eficaz, la víctima no sea sometida a procesos de revictimización y la propia dilación y reiteración de actuaciones no suponga tanto un riesgo para su seguridad como un riesgo de ineficacia para el propio proceso.*

A solicitud de la víctima o del Ministerio Público, el Tribunal dispondrá el diligenciamiento de prueba anticipada (art. 213 y siguientes del C.P.P.). En los casos del art. 76 de la Ley N.º 19.580, sin necesidad de otra fundamentación.

En los casos de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes uno de los asuntos que amerita debate y profundizar en los criterios es el referido a las pruebas que se requieren en el ámbito judicial. Esto es relevante tanto en los procesos judiciales en la órbita de familia especializada cuando se solicitan medidas de protección, como en la órbita penal cuando se investiga un delito y se generan mecanismos para la atención y protección de las víctimas.

Y en este punto es relevante diferenciar el diagnóstico que se requiere para la asistencia de las víctimas en espacios psicosociales, educativos y/o médicos de la prueba pericial que se requiere en los procesos judiciales.

La mayor evidencia con la que se cuenta en los casos de abuso sexual infantil sin penetración es el relato del niño. En otros casos existen informes médicos que dan cuenta de las lesiones, y en los casos que pasan a la justicia en general se solicitan pericias psicológicas, médicas y/o sociales.

En la lista de aquellas cosas que debemos mejorar como sistema de detección precoz y en especial de respuesta a estas situaciones, es prioritario y urgente el debate al menos sobre los siguientes aspectos: los modelos de atención que se despliegan para la asistencia de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual; los protocolos metodológicos que se despliegan en este tipo de situaciones que permiten garantizar una atención evaluable; los parámetros, la metodología y los indicadores estandarizados con los que se toma el testimonio del niño y se releva información diagnóstica. Estos aspectos que aún no cuentan con la explicitación, rigurosidad y profundidad que ameritan las situaciones son los que muchas veces terminan jugando un papel preponderante en la victimización de niñas, niños y adolescentes. El debate sobre estos aspectos exige a la academia y las instituciones que lleven adelante la tarea de asistencia, protección y acceso a la justicia.

4. Desafíos

Uruguay ha avanzado en los últimos 10 años en la legislación, en el diseño de servicios y la capacidad de captar y atender situaciones de violencia sexual a los niños. Se ha visibilizado el tema, pero es imperioso y urgente que cambiemos las prácticas y el ejercicio profesional desde los distintos servicios que trabajan con niños y adolescentes. Tener una mirada atenta que logre despistar la existencia de situaciones de violencia sexual, profundizar en la rigurosidad de los modelos de atención y los instrumentos de diagnóstico. Este debate debe además incorporar la especificidad que se requiere de cada disciplina para diagnosticar y atender la violencia sexual que viven niñas, niños y adolescentes. Diseñar modelos rigurosos con el detalle del método, instrumentos y sistemas de evaluación de aquellas intervenciones que se realizan en el marco del abordaje a niñas, niños y adolescentes requiere de la descripción de las competencias disciplinares e institucionales. Para brindar atención y protección a las víctimas que sea de calidad y efectiva en un proceso de cambio es imperioso y urgente revisar los modelos de respuesta a la violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Servicio Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (Sipiav): Informe de gestión 2017. Disponible en: <www.inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-de-gestion-sipiav>.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi y Rafael Lozano, Washington, D. C.; 2003. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/10665/112670/1/9275315884_spa.pdf>.
3. Bentancor, Gabriela, Fernanda Lozano, y Mariela Solari Morales: Mapa de ruta para las situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes detectadas en el ámbito escolar, Montevideo: Consejo de Educación Inicial y Primaria, Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia, Unicef; 2013. Disponible en: <www.ceip.edu.uy/documentos/2013/bibliotecaweb/mapa_de_ruta_maltrato_infantil_2013.pdf>.
4. Intebj, Irene V. Proteger, reparar, penalizar. Buenos Aires: Ed. Granica; 2016.
5. Ravazzola, María Cristina. Historias infames: los maltratos en las relaciones. Ed. Paidós; 1997. Colección Terapia Familiar.
6. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Negl* 1983; 7(2):177-93.
7. London K, Bruck M, Ceci SJ, Shuman D. Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law* 2005; 11(1):194-226.
8. Intebj, Irene V. Abuso sexual infantil en las mejores familias. Buenos Aires: Ed. Granica; 2008.
9. Solari, Mariela. Rutas de abordaje a las situaciones de violencia intrafamiliar. *Revista de Ciencias Sociales (RECSO)* 2010; 1(1):78-99. Universidad Católica del Uruguay (Ucudal), Facultad de Ciencias Humanas.
10. Solari, Mariela. El CAIF frente a las situaciones de maltrato y abuso sexual que viven niños/as en el ámbito familiar. En: *Intervención en primera infancia (0 a 3 años). Aportes desde el trabajo social. Colección Primera Infancia. Serie Fascículo N.º 7. Plan CAIF-INAU*; 2009.
11. Britto Ruiz, D. La justicia restaurativa: reflexiones sobre la experiencia de Colombia. Loja (Ecuador): Editorial de la Universidad Técnica Particular de Loja; 2010.
12. Instrucción General N.º 8 sobre Delitos Sexuales, 2018. Fiscalía General de la Nación, Uruguay. Disponible en: <www.fiscalia.gub.uy/innovaportal/file/3480/1/instruccion-8-.pdf>.
13. Ley N.º 19.580. Violencia hacia las mujeres, basada en género: Disponible en: <medios.presidencia.gub.uy/legal/2017/leyes/12/mides_269.pdf>.
14. Ley N.º 19.293 Código del Proceso Penal. Disponible en: <parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19293>.
15. Instrucción General N.º 5 sobre Atención y Protección a Víctimas y Testigos, 2018. Fiscalía General de la Nación. Uruguay. Disponible en: <www.fiscalia.gub.uy/innovaportal/file/3480/1/instruccion-nro5.pdf>.

**ANDREA
TUANA**

Licenciada en Trabajo Social (Universidad de la República, Udelar) / Magíster en Políticas Públicas de Igualdad (Flacso Uruguay) / Diplomada en Género, Desarrollo y Planificación (Universidad de Chile) / Directora de la Asociación Civil El Paso, ONG orientada al abordaje de la violencia doméstica y sexual hacia mujeres, niños, niñas y adolescentes / Coordinadora de Campaña *Nunca más a mi lado* de prevención de violencia doméstica, llevada a cabo por Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual, Bancada Bicameral Femenina y la banda de música No Te Va Gustar (NTVG)

andreatuana@gmail.com

LA PROTECCIÓN DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA FRENTE A LAS VIOLENCIAS

1. Introducción

Los niños, niñas y adolescentes no son el futuro de nuestro país: son el presente. Un presente que para muchos de ellos es aterrador, triste, angustiante y de múltiples impactos negativos en sus vidas presentes. La violencia que se ejerce en el hogar destruye la vida de muchos niños, niñas y adolescentes uruguayos de distintas formas. En algunos casos podría compararse a una bomba que estalla en la existencia de los niños y daña profundamente sus vidas. En otros casos, los va deteriorando, lentamente, día a día, como una gota que horada la piedra. Para otros es de un nivel de letalidad tal que provoca la muerte por homicidio o suicidio, y otras formas de morir en vida. Y en la mayoría de los casos, además de afectar y hacer miserable su presente, también les hipoteca su futuro.

El *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*, de Naciones Unidas, de 2006, es enfático acerca de las consecuencias de la violencia en la infancia y adolescencia:

Las consecuencias de la violencia contra los niños y niñas incluyen tanto el impacto personal inmediato como el daño que éste transmite en las etapas posteriores de la infancia, la adolescencia y la vida adulta. La violencia que experimentan en el contexto del hogar y la familia puede tener consecuencias para su salud y desarrollo que duran toda la vida. Pueden perder la confianza en otros seres humanos que es esencial para el desarrollo normal. Aprender a confiar desde la infancia a través de los lazos familiares es una parte esencial de la niñez; y está estrechamente relacionado con la capacidad de amor y empatía y con el desarrollo de relaciones futuras. A un nivel más amplio, la violencia puede atrofiar el potencial de desarrollo personal y representar altos costos para la sociedad en su conjunto.

En este Informe también se plantea que las niñas y adolescentes están más expuestas a sufrir violencia sexual, abandono y prostitución forzada que los varones, y que cada vez se reconoce más la existencia de la violencia sexual en el hogar.

El impacto y las consecuencias se complejizan por el hecho de que en el hogar los niños y niñas son maltratados

por personas a quienes aman y en quienes confían, en lugares donde deberían sentirse seguros. En este sentido, el reconocido psiquiatra chileno Jorge Barudy, referente académico internacional en temas de violencia hacia niños, niñas y adolescentes, expresa:

Una familia donde uno o los dos padres tienen prácticas de abuso y de malos tratos impide o dificulta el desarrollo y el crecimiento sano de los niños. Una parte importante de los recursos y de la energía necesaria para enfrentar los desafíos de crecer deben ser utilizados para sobrevivir al estrés y el dolor permanente. Diferentes investigadores han demostrado que los malos tratos provocan alteraciones importantes en el desarrollo del sistema nervioso central, que no siempre se pueden recuperar. Mientras más tardía es la intervención mayor es el riesgo de no poder recuperar este daño. Por lo tanto, los profesionales tenemos responsabilidades cuando esto ocurre; como consecuencia de ello, muchos de estos niños presentan retrasos mentales y psico-afectivos irreversibles.

La autora Judith Herman realizó un trabajo de veinte años de investigación y trabajo clínico con víctimas de violencia doméstica y sexual, señalando la indefensión en la que muchos niños y niñas se encuentran frente a abusos crónicos perpetrados en el ámbito familiar.

Además del miedo a la violencia, las supervivientes hablan de una dominante sensación de indefensión. En un entorno familiar abusivo, el ejercicio de la autoridad paterna es arbitrario, caprichoso y absoluto. Las reglas son erráticas, inconsistentes o abiertamente injustas. Con frecuencia las supervivientes recuerdan que lo que más les asustaba, era la naturaleza impredecible de la violencia. Incapaces de encontrar una manera de evitar el abuso, aprenden a adoptar una postura de absoluta rendición.

El avance en los derechos humanos y las amenazas conservadoras

La visibilización y defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes frente a las violencias ha sido un proceso

reciente (en términos históricos), si consideramos que es en la década de los años 60 que se empieza a discutir en foros académicos esta problemática. Los movimientos feministas han jugado un rol central en la visibilización y denuncia de estas problemáticas, lo cual ha contribuido a constituir las en un asunto público. Desde la reivindicación de los movimientos feministas, colocando en el escenario público la exigencia de que lo personal también es un asunto político, se abre un camino donde progresivamente se fueron instalando en las agendas públicas las violaciones de los derechos humanos que permanecían silenciadas, naturalizadas y legitimadas. La violencia en el hogar, los malos tratos hacia niños, niñas y adolescentes, los abusos sexuales intrafamiliares, el castigo físico, la violencia emocional, la violación en el matrimonio, entre otras.

Históricamente la violencia ocurrida dentro del hogar permanecía invisible, naturalizada y considerada un asunto que debía ser resuelto en el ámbito privado. Las mujeres y niños, niñas y adolescentes que recurrían a los sistemas de justicia a denunciar abusos y malos tratos dentro del hogar no encontraban respuestas de protección, sino que, en muchos casos, las respuestas eran de culpabilización y responsabilización.

Las luchas y reclamos de los movimientos feministas y las voces desde los colectivos de profesionales y organizaciones sociales encontraron eco en la comunidad internacional, y progresivamente se fueron adoptando y ratificando instrumentos internacionales fundamentales para la defensa de los derechos humanos frente a la discriminación y violencia.

En una breve reseña podemos citar algunos de los principales avances de la comunidad internacional en esta materia.

En la década de los 70 se realiza la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en México en 1975, y en 1979 se da un paso fundamental por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas, al aprobar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Esta Convención define la discriminación contra la mujer como:

... toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. (artículo 1)

En la II Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993, se declara que la violencia contra la mujer es una violación a los derechos humanos y se establece la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, acordada por la Asamblea General de Naciones Unidas. Esta Declaración define la violencia hacia la mujer como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.»

A nivel interamericano, un instrumento altamente relevante en materia de defensa de derechos humanos específicamente orientado a las mujeres es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. La Convención reconoce la violencia hacia las mujeres como un delito y una violación a los derechos humanos, así como establece que esta violencia puede desarrollarse en diversos ámbitos.

En relación con el reconocimiento de los derechos de la infancia y adolescencia, en 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que constituye un hecho histórico fundamental, en el reconocimiento de los niños como sujetos de derecho, siendo el resultado de un largo proceso en el que muchas personas y organizaciones impulsaron acciones a favor de los derechos humanos de la niñez.

El artículo 19 dispone medidas en relación con la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes.

En la II Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993, se declara que la violencia contra la mujer es una violación a los derechos humanos y se establece la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, acordada por la Asamblea General de Naciones Unidas.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Tanto en nuestro país como en diferentes países del mundo y la región, se generaron avances y reformas legislativas producto del reconocimiento de la existencia de discriminaciones múltiples y distintos tipos de violencias que afectan especialmente a las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

A partir de los instrumentos internacionales y las distintas recomendaciones de los mecanismos de seguimientos de las Convenciones internacionales y regionales ratificadas por el Estado uruguayo, se inicia un proceso de adecuación normativa progresiva, a los efectos de brindar una respuesta país acorde a los problemas identificados.

Un primer avance para nuestro país en materia de legislación fue la incorporación en el año 1995 del delito de violencia doméstica a nuestro Código Penal.

Posteriormente, se logra la aprobación en julio de 2002 de la Ley 17.514 o Ley de Prevención, Detección Temprana, Atención y Erradicación de la Violencia Doméstica, y en el año 2004 se aprueba el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA). Ambas herramientas jurídicas marcan diferencias sustanciales y transforman las prácticas institucionales. Actualmente se trabaja en una propuesta de modificación del CNA que permita, entre otras cosas, ampliar el capítulo referido a maltrato y abuso sexual que quedó restringido a solo dos artículos (arts. 130 y 131), y es fundamental poder profundizar en esta área.

Posteriormente se incorpora el femicidio como agravante del homicidio (Ley 19.538), y en diciembre de 2017 se da un avance fundamental al aprobarse la ley 19.580, Ley Integral de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género.

En la misma medida que se avanza a nivel legislativo, se avanza también en el fortalecimiento de los sistemas de respuesta frente a las violencias, en diversos sectores e instituciones del Estado. Las denuncias se multiplican exponencialmente y se establecen políticas públicas de abordaje del problema. La temática progresivamente va ocupando un lugar en la agenda política y en la opinión pública, y la preocupación por la alta prevalencia de femicidios y las denuncias de violencia de género se constituye en un tema de demanda popular. En las marchas multitudinarias del 8 de marzo de los dos últimos años, la violencia de género se constituye en una de las reivindicaciones de mayor adhesión popular.

Frente a estos avances también comienza a gestarse un movimiento que busca frenar y revertir las conquistas logradas. El concepto de ideología de género ha logrado constituirse en una estrategia de comunicación de carácter global, instalando un discurso homofóbico, transfóbico y misógino en forma encubierta. Como estrategia comunicativa para ampliar la base de quienes les apoyan, se apropian del lenguaje de derechos humanos, lo adaptan y logran captar la atención de grupos diversos.

Esta estrategia comunicativa tiene un fuerte origen en grupos religiosos fundamentalistas, grupos antiderechos y

La Ley 17.514 o Ley de Prevención, Detección Temprana, Atención y Erradicación de la Violencia Doméstica fue aprobada en julio de 2002, y en el año 2004 se aprueba el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA).

conservadores, cuyo único objetivo es mantener las relaciones de poder hegemónicas y revertir las conquistas logradas en materia de derechos humanos. Es un movimiento organizado, con poder económico y de carácter global, que desarrolla estrategias comunicativas, pedagógicas, mediáticas, de lobby parlamentario y de difusión masiva. El concepto de ideología de género es acuñado por la Iglesia católica.

La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA alerta en 2017 sobre estos movimientos antiderechos:

La agenda de la igualdad de género es hoy parte central de lo bueno en el mundo. Por lo tanto, quienes quieren mantener un orden de supremacía masculina, de una división sexual discriminatoria del trabajo y de subordinación de las mujeres han desarrollado formas nuevas de ataque, pero lo hacen no desde la posición del deber ser para la institucionalidad internacional, regional sino de una marginalidad, muchas veces parte de grandes poderes políticos, económicos y religiosos, o más ampliamente, culturales, que tratan de impedir que todos los seres humanos tengan derechos y puedan ejercerlos.

Cada avance en derechos de las mujeres trabajado por el movimiento feministas y amplio de mujeres, por los mecanismos nacionales de la mujer así como por instituciones intergubernamentales como la CIM desde las luchas por el derecho al voto de las mujeres y posteriormente la Cepal y ONU Mujeres, y los órganos de tratado de derechos humanos, se ha logrado teniendo que superar discursos que justifican las discriminacio-

nes, o la división sexual del trabajo, o la exclusión de las mujeres del poder público y político.

En los últimos años se ha producido un cambio tanto en la forma como en los argumentos. Formalmente, sectores anti derechos han aprendido a participar en foros internacionales y desarrollan discursos de nuevo cuño. Uno de ellos, es el que ataca a la principal categoría analítica y de transformación hacia la igualdad, la categoría género, que ha mostrado una gran capacidad explicativa de parte de la realidad social, en todos los países del mundo, principalmente mediante sus ejes de análisis: público – privado y productivo – reproductivo.

Estos grupos generan persecución, amenazas y campañas de desprestigio a operadores de distintas dependencias (públicas y privadas) que asumen la defensa de las mujeres víctimas de violencia doméstica y de niños, niñas y adolescentes que denuncian malos tratos y abuso sexual; se impulsa con mayor virulencia la utilización de la falsa teoría del síndrome de alienación parental (SAP), especialmente entre los operadores del sistema de justicia y operadores de la salud. En el año 2008, en las Jornadas de Santa Cruz de Tenerife, Vaccaro presenta esta teoría acuñada por Richard Gardner. Se refiere a un supuesto «lavado de cerebro» al que uno de los padres (generalmente la madre) habría sometido al hijo, inculcándole odio hacia el otro progenitor (generalmente el padre), logrando de este modo alienar (quitar, alejar definitivamente) a ese padre de la vida del hijo, aleccionando al niño para que acusara falsamente a su progenitor de abuso sexual. El método impulsado por Gardner consistía en establecer, vía judicial, la vinculación forzosa entre el abusador y sus hijos, amenazando al otro progenitor (en general la madre) con que se les retiraría la tenencia si continuaban obstaculizando este encuentro. Ninguna sociedad científica ni institución prestigiosa avaló esta teoría. Este autor, en su pseudoteoría, promueve la pedofilia y cataloga de moralista a la sociedad que penaliza tales actos.

Estas pseudoteorías y estrategias de poner en cuestión las denuncias de abuso sexual y violencia han logrado un relativo éxito en algunos países. A nivel internacional se pueden identificar ciertas asociaciones de padres que se muestran afectados y vulnerados en sus derechos y se presentan como víctimas de un sistema que favorece a las mujeres. Estos padres se presentan como padres responsables que

Ninguna sociedad científica ni institución prestigiosa avaló la teoría de Richard Gardner. Este autor, en su pseudoteoría, promueve la pedofilia y cataloga de moralista a la sociedad que penaliza tales actos.

pretenden la tenencia compartida de sus hijos e hijas, abogan por la corresponsabilidad en las funciones parentales y denuncian un sesgo de género en las decisiones judiciales que según su versión favorecen a las mujeres por un exceso de derechos concedidos en esta época. En varios de estos casos, estos padres enfrentan denuncias de violencia doméstica y abuso sexual, y tienen limitadas o suspendidas las visitas por estas situaciones. Es en este contexto donde se instala un discurso de posverdad, se acuña el término *feminazi*, se cuestionan los datos estadísticos, las denuncias de violencia de género y las investigaciones en este campo y se desarrolla un discurso que, casi como un mantra, repite las mismas ideas: «la mayoría de las denuncias son falsas», «las feministas tienen intereses económicos y por ello manipulan la realidad», «las feministas buscan la destrucción de la familia; muchas de ellas tienen traumas no resueltos que las llevan a odiar a los hombres y ver abusos y violencia donde no existen».

La violencia hacia niños, niñas y adolescentes Magnitud y principales modalidades

La violencia hacia los niños, niñas y adolescentes constituye un problema global; se produce en diferentes ámbitos (hogar, instituciones, comunidad) y provoca efectos muy graves



En 2006 Naciones Unidas alerta que la prevalencia de violencia contra los niños por parte de sus progenitores u otros miembros cercanos de la familia —violencia física, sexual y psicológica y trato negligente— apenas ahora ha comenzado a ser reconocida y documentada.

de largo alcance. Requiere para su abordaje del desarrollo de políticas integrales de atención, prevención y combate a la impunidad.

Naciones Unidas en 2006 alerta de que la familia puede ser un lugar peligroso para los niños y niñas, y en particular para los bebés y los niños pequeños. Asimismo, plantea que la prevalencia de violencia contra los niños por parte de sus progenitores u otros miembros cercanos de la familia —violencia física, sexual y psicológica y trato negligente— apenas ahora ha comenzado a ser reconocida y documentada.

En 2016 la Organización Mundial de la Salud define el maltrato infantil como:

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

En cuanto a la magnitud del problema, plantea que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

Para Unicef, en 2013, las modalidades de violencia hacia los niños, niñas y adolescentes dentro del ámbito familiar o entorno cercano pueden clasificarse de diversas formas. Existen clasificaciones más exhaustivas, pero en términos generales podemos identificar las siguientes modalidades:

- **Maltrato físico:** toda agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables.
- **Maltrato emocional:** el hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente. También se incluye el rechazo, el aislamiento, aterrorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos.
- **Abandono y negligencia:** se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello. Existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños no lo hacen.
- **Abuso sexual:** es toda forma de actividad sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente. Incluye la explotación sexual.

El abuso sexual es una modalidad de violencia hacia los niños que genera mayores controversias en el abordaje y en especial en el acceso a la justicia. La credibilidad en el relato de los niños, niñas y adolescentes es puesta en tela de juicio frente a la posibilidad de limitar derechos de los adultos o adultas que tienen la responsabilidad de su cuidado, pero que les han violentado.

El Comité de Derechos del Niño, en su Recomendación N.º 13, define el abuso y explotación sexual de la siguiente forma:

Constituye abuso sexual toda actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que este tiene derecho a la protección del derecho penal. También se consideran abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión. Las actividades sexuales entre niños no se consideran abuso sexual cuando los niños superan el límite de edad establecido por el Estado parte para las relaciones consentidas. A. Incitación o coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal o psicológicamente perjudicial. B. La utilización de un niño con fines de explotación sexual comercial. C. La utilización de un niño para la producción de imágenes o grabaciones sonoras de abusos sexuales a niños. D. La prostitución infantil, la esclavitud sexual, la explotación sexual en el turismo. Desde esta perspectiva, el abuso y la explotación sexual infantil en todas sus formas constituyen graves violaciones de los derechos fundamentales y de los derechos del niño a la protección y los cuidados necesarios para su bienestar y el derecho a ser protegido contra toda forma de violencia, tal como establece la Convención sobre los derechos del niño, de 1989 (art. 19 y art. 34) y la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, de 2000 (art. 24).

Según datos de Unicef en 2017 en nuestro país 1 de cada 2 niños, niñas y adolescentes sufren violencia intrafamiliar, el 20 % viven en hogares donde las mujeres sufren violencia por parte de su pareja, y en los últimos cuatro años 30 niños fueron asesinados por violencia intrafamiliar.

El Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia (Sipiav) informa que en Uruguay en 2017 fueron reportadas 3155 situaciones de violencia severa y alerta que año a año va en aumento el registro de situaciones. Asimismo,

señala que, en las situaciones registradas, la franja de 6 a 12 años es la que predomina (42 % del total de las situaciones).

En la Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones, de 2013, surge que 1 de cada 3 mujeres declara haber padecido violencia en su infancia. Este es «un fenómeno relativamente estable, ya que quienes fueron niñas hace más tiempo registran niveles de violencia en la infancia similares a quienes fueron niñas recientemente».

Las prácticas intolerables frente a las violencias hacia niños, niñas y adolescentes

A pesar de la realidad que se impone y nos muestra el desenlace fatal que algunas de las situaciones de violencia doméstica tienen (femicidios o infanticidios), a pesar de las prolíferas producciones académicas que demuestran los impactos de extrema gravedad de la violencia, la problemática sigue siendo considerada un problema de menor entidad en nuestro país.

Frente a relatos de violencia como el castigo físico, la violencia emocional, la violencia sexual, la negligencia o la violencia patrimonial ciertas respuestas institucionales y profesionales continúan siendo negligentes y revictimizantes.

Examinando distintas intervenciones, se pueden ver algunos problemas que se repiten, y que constituyen prácticas aberrantes, negligentes y de enorme vulneración de los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes que sufren violencia en el hogar, y que los deja desprotegidos y a merced de quienes los violentan.

A continuación, aunque no es exhaustiva la enumeración, se ejemplifican algunas de esas prácticas.

1. Negación de la violencia por falta de relato o por un relato fragmentado y poco convincente

Algunos niños, niñas y adolescentes logran hablar de su situación y pedir ayuda en sus ámbitos de confianza (centro educativo, centro de salud, proyectos sociales donde concurren, otros adultos protectores, entre otros). Sin embargo, cuando la situación de violencia se pone de manifiesto

y entra en el ámbito del sistema de justicia (policía, fiscalía, juzgado, forense), los niños no siempre van a solicitar que se les proteja; en muchas situaciones van a negar lo que los técnicos denuncian en sus informes o decir que no recuerdan nada. Esto sucede por varias razones:

- 1.1. Al ser la violencia una práctica ejercida por una persona significativa en sus vidas (padre o madre), los niños se sienten ambivalentes al denunciarlos o a expresar lo que les sucede. Se sienten presionados a mantenerse leales a su familia y temen perder el afecto de sus padres. En otros casos, temen que la violencia se incremente e intensifique si relatan lo que sucede dentro del hogar y no reciben la protección en forma inmediata. Un caso paradigmático de desprotección posterior al relato fue lo sucedido a una adolescente de 14 años que relató en el centro educativo que su padre abusaba sexualmente de ella, y que el padre y la madre la violentaban física y emocionalmente. La adolescente se encontraba aterrada y muy angustiada en el momento que logró relatar lo sucedido a sus docentes de confianza. En ese mismo momento, el padre irrumpe en el centro educativo, violenta a una de las docentes que quiso interponerse y proteger a la adolescente y se la lleva de arrastras a su casa. Inmediatamente desde el centro educativo se realiza la denuncia correspondiente. Sin embargo, el sistema de justicia demoró tres días en tomar medidas. La adolescente pasó tres días en su casa, en absoluta desprotección y soledad, sufriendo las represalias físicas y psicológicas por parte de ambos padres maltratadores por haber contado lo sucedido. A raíz de esta intervención negligente y omisa, la adolescente, en audiencia, se retracta de todo lo antedicho.
- 1.2. Temen ser separados de sus familias (hermanos, abuelos, tíos, progenitores protectores) y de su centro de vida (escuela, comunidad, amigos), dado que en muchos casos no se separa al ofensor sexual o maltratador del hogar, sino que se aleja al niño para su protección.
- 1.3. Temen recordar y evitan reexperimentar efectos traumáticos de las vivencias de violencia, por lo cual dicen no recordar o se mantienen en silencio.
- 1.4. Les invaden sentimientos de vergüenza, angustia y culpa de haber quebrado el silencio y haber pedido ayuda, y se sienten responsables de las consecuencias negati-

Para poder proteger efectivamente a los niños, niñas y adolescentes y garantizar el acceso a la justicia, es fundamental que aquellos técnicos que han realizado las primeras atenciones o que han recibido el relato de los niños «de primera mano» puedan consignarlos en informes técnicos de forma detallada, clara y transcribiendo las frases textuales expresadas por las niñas y los niños.

vas que pueden impactar tanto en las personas que les violentan como en el resto de la familia.

Judith Herman describe el conflicto que viven las víctimas ante la posibilidad de develar la situación:

El conflicto entre la voluntad de negar los acontecimientos horribles y la voluntad de desvelarlos es la dialéctica central del trauma psicológico. La gente que ha sobrevivido a atrocidades, a menudo cuenta su historia de una manera altamente emocional, contradictoria y fragmentada que resquebraja su credibilidad y por lo tanto cumple los dos requisitos imprescindibles: decir la verdad y mantener el secreto.

Por estas situaciones anteriormente descritas, muchos niños, niñas y adolescentes se retractan y dicen haber inventado todo lo que relataron anteriormente en sus ámbitos de confianza.

Para poder proteger efectivamente a los niños, niñas y adolescentes y garantizar el acceso a la justicia (derechos fundamentales consagrados en la Convención del Derechos del niño y en el CNA), es fundamental que aquellos técnicos que han realizado las primeras atenciones (personal de sa-



FREEIMAGES.COM

resistencia al sentir que no hay posibilidades de protegerse ni de ser protegido. En esta etapa los mecanismos adaptativos comienzan a funcionar y se acomoda a la situación como forma de supervivencia. La revelación tardía, conflictiva y poco convincente ocurre en el momento de la denuncia o la formulación del pedido de ayuda.

La palabra de los niños, niñas y adolescentes es puesta en cuestión; no se cree en sus relatos; se duda por lo tardío de la revelación; muchas veces se acusa de que los jóvenes usan esta acusación para vengarse de padres que imponen límites fuertes. Finalmente, ocurre la retractación, una etapa muy común en estas situaciones. Una vez develada la situación, los efectos de levantar el secreto son tan dolorosos y nefastos que las niñas y niños se retractan de lo relatado.

2. Desconocimiento de los indicadores y las formas en que se expresan los niños que sufren situaciones de violencia

Algunos niños, niñas y adolescentes no logran relatar las situaciones de violencia que experimentan, en especial cuando se trata de abusos sexuales perpetrados por referentes familiares o personas que mantienen vínculos afectivos cercanos o de referencia y/o autoridad. La forma en que pueden dar cuenta de su situación es a través de dibujos, juegos, manifestaciones de conducta y una diversidad de síntomas que experimentan. Para ello es clave conocer los indicadores específicos e inespecíficos que nos pueden estar alertando de una posible situación de violencia.

Una actitud profesional responsable implica establecer la sospecha frente a determinados indicadores y manifestaciones de conducta. Es importante tener en cuenta que establecer la sospecha de abuso sexual frente a determinados indicadores es una práctica adecuada y responsable. Por el contrario, no establecer la sospecha es una práctica profesional negligente.

Posterior a la sospecha se debe realizar el diagnóstico, multidisciplinario y especializado, que descartará o confirmará esa sospecha.

Diversos autores, como Sandra Baita y Paula Moreno, plantean que el relato del niño/a constituye el principal indicador de abuso sexual infantil, y cuando el relato es espontáneo, en el 95 % de los casos, según, por ejemplo,

lud) o que han recibido el relato de los niños «de primera mano» puedan consignarlos en informes técnicos de forma detallada, clara y transcribiendo las frases textuales expresadas por las niñas y los niños.

Es fundamental conocer y comprender la dinámica de la violencia, que autores como Summit han descrito en forma detallada y debidamente documentada. El autor describe distintas etapas donde va desarrollando cómo va siendo afectado el niño o la niña y las respuestas y reacciones que estos van generando frente al abuso sexual. En un primer momento describe la impotencia que sufren los niños, y que generan un sentimiento de indefensión aprendida, puesto que sus intentos por evitar el abuso resultan vanos. El mantenimiento del secreto es otro componente fundamental que se logra a partir de las estrategias de seducción, engaño, manipulación y las amenazas que ejercen los perpetradores. Posteriormente el autor describe la etapa de entrapamiento y acomodación, que ocurre cuando la situación de abuso se cronifica y el niño/a declina toda posibilidad de

Danya Glaser y Stephen Frosh, se confirman los hechos.

En el año 1999 Sanz y Molina describen las características que el relato debe tener a los efectos de ser validado, entre las que señalan:

- Conocimientos sexuales que excedan los esperados para su edad.
- Presencia de detalles de la conducta, de contexto, de las conductas de las personas involucradas en el abuso (a veces por escasa edad o por los efectos traumáticos pueden no recordar detalles).
- Lenguaje y desarrollo acorde a la edad.
- Presencia en el relato de múltiples incidentes de abuso, en el tiempo.
- Progresión de la conducta sexual.
- Presencia de elementos de secreto en la interacción con el abusador.
- Presencia de maniobras de coerción (física o psicológica), o de seducción, para mantener al niño en el vínculo abusivo.
- Persistencia del relato a lo largo del tiempo, o frente a diferentes personas, o contextos de evaluación.
- Reacción emocional congruente con lo relatado (temor, humillación, vergüenza, culpa, disgusto, malestar, excitación sexual). Sin embargo, hay que tener en cuenta que mecanismos como la disociación, empleado en situaciones severas de abuso, pueden estar actuando a la hora de la evaluación y hacer aparecer al niño como autónomo, sin conexión afectiva con lo que está contando.

Excede el objetivo de este artículo profundizar en aspectos vinculados a la detección y el diagnóstico, como, por ejemplo, describir los tipos de indicadores específicos e inespecíficos. Aquellas personas que tengan interés pueden consultar abundante bibliografía al respecto. Más allá de ello, me resulta imperativo plantear que algunos indicadores deben ser tomados en cuenta en forma prioritaria cuando se valora una posible situación de abuso sexual infantil. A continuación, describo algunos de los más relevantes.

- El embarazo infantil (entre 10 y 14 años) es un indicador altamente específico de abuso sexual.
- Las lesiones en zonas genital y/o anal que no puedan ser explicadas por otras causas.

- Enfermedades de transmisión sexual (no todas).
- Sangrado vaginal o anal (puede tener otra etiología, pero es altamente específico).
- Presencia de semen en la ropa y/o el cuerpo de la niña o el niño.

Para Irene Intebi, y Baita y Moreno, frecuentemente en casos de abuso sexual se observan otros indicadores que son inespecíficos y pueden referirse a otras situaciones, pero es importante tenerlos en cuenta.

- Dolor o picazón en zona vaginal o anal.
- Trastornos psicósomáticos tales como dolores abdominales recurrentes que no pueden ser explicados por causas orgánicas.
- Trastornos de la alimentación.
- Enuresis y encopresis en niños que habían logrado el control de esfínteres.

Otro indicador altamente específico son las conductas sexualizadas, que varían según la etapa evolutiva de niños, niñas o adolescentes.

Baita y Moreno consideran que una conducta es sexualizada «cuando su contenido es del orden de lo sexual y excede, por sus características —tipo, frecuencia, intensidad, respuesta ante el límite externo, presencia de agresividad, etc.—, los parámetros esperables para la edad del niño o niña en cuestión».

Dentro de ellas podemos observar la masturbación compulsiva, los conocimientos sexuales no acordes a la edad, la coerción sexual hacia otros niños, la erotización de los vínculos, la exposición a situaciones de sometimiento sexual recurrente, entre otras.

Es importante tener en cuenta que hay niños que no presentan síntomas y ese solo hecho no debe interpretarse como que el abuso sexual es inexistente si hay otros elementos que así lo indican.

3. Fallas en la evaluación del riesgo

La violencia hacia los niños, niñas y adolescentes siempre es grave, dependiendo de la edad de los niños, el tipo de maltrato infligido, la frecuencia, la escalada, entre otros aspectos que podremos evaluar si estamos frente a una situación de alto o bajo riesgo.

Lamentablemente en Uruguay hemos asistido a casos donde se han desatendido las alertas planteadas por madres que han sufrido violencia de género por parte de sus parejas.

Existen serias dificultades en realizar una correcta evaluación del riesgo, lo que redundará en acciones negligentes donde no se establecen medidas inmediatas de protección y se deja a los niños en la perpetuación de los abusos y malos tratos.

Es importante atender a determinados indicadores que aumentan el riesgo en las situaciones, a saber:

- Convivencia con el adulto que ejerce violencia, en especial en casos de abuso sexual.
- Existencia de armas de fuego en el hogar.
- Problemas de salud mental y/o abuso de sustancias psicoactivas del adulto que ejerce violencia.
- Problemas de salud mental y/o discapacidad del adulto protector.
- Violencia de género.
- Intentos de autoeliminación, ideas de muerte y lesiones graves en los niños, niñas y adolescentes.
- Antecedentes de homicidios o lesiones graves del adulto que ejerce violencia.
- Riesgos de expulsión (familiar, institucional).
- Profundización del aislamiento.

Una situación muy preocupante que debe llamarnos a una acción más intensa de protección son los casos en que los niños crecen en hogares donde existe violencia en la pareja. Los niños, niñas o adolescentes que presencian ataques físicos, sexuales y/o descalificaciones y humillaciones ejercidas por parte de un progenitor hacia el otro o entre otros miembros de la familia experimentan daños muy profundos y deben ser considerados como víctimas directas de la violencia por crecer en este contexto y presenciar violencia en forma sistemática.

En el marco de procesos judiciales por tenencias y/o régimen de visitas, en general no se considera esta situación como una forma de violencia directa hacia los niños, niñas y adolescentes, aunque es de orden reconocer que lentamente algunos jueces y juezas están brindando protección ante estas situaciones.

En general, en el sistema de justicia, en especial en los procesos de familia, se entiende que la violencia se ejerció contra el adulto y en general se habilita que el progenitor violento tenga visitas sin vigilancia. Esta conducta es altamente negligente y expone a los niños/as a situaciones de altísimo riesgo.

En Uruguay han ocurrido varios casos donde padres (con antecedentes de violencia hacia la madre de sus hijos) que usufructuaban regímenes de visitas han asesinado a sus hijos. Los profesionales debemos realizar valoraciones y recomendaciones rigurosas y responsables en estos casos. Niños, niñas y adolescentes que crecen en hogares donde existe violencia en la pareja suelen quedar invisibilizados como víctimas. En estos casos, es importante tener en cuenta que una persona que ejerce violencia hacia su pareja es una persona violenta, por lo cual no es posible plantearnos que no exista riesgo alguno para sus hijos e hijas.

Lamentablemente en Uruguay hemos asistido a casos donde se han desatendido las alertas planteadas por madres que han sufrido violencia de género por parte de sus parejas.

En muchos casos se fija régimen de visitas con el padre violento, sin mediar ninguna protección, ni valoración del riesgo tanto para la madre como para sus hijos e hijas. En algunos casos, los niños han sido asesinados por el progenitor y en otros casos la madre ha sido asesinada por el padre de los niños en presencia de ellos.

Muchos operadores siguen sosteniendo que la violencia de género que ocurre contra la madre de los niños no implica un riesgo para estos, y sin ningún reparo alientan que se fijen visitas con personas violentas. Creen que la negativa o el rechazo de los niños de ver a sus padres es una maniobra de sus madres, que por despecho o venganza quieren obstruir el vínculo de su expareja con sus hijos. Muchos niños son forzados a visitas y a pesar de que ellos se resisten al contacto y experimentan una intensa sintomatología en el momento de tener que ir al encuentro (reacciones vasovagales, vómitos, lipotimias, baja de defensas, crisis de angustia y llantos desgarradores), el sistema de justicia impone la revinculación, so pena de que las madres caigan en la figura de incumplimiento de visitas, con las posteriores consecuencias que deben enfrentar (pago de multas onerosas, amenazas de quitarle la tenencia, denuncias penales, entre otras).

4. No querer ver lo que rompe los ojos

Algunos profesionales, rechazan la idea de que exista el abuso sexual; no toleran pensar que alguien que debe cuidar y proteger pueda hacer cosas tan terribles. Prefieren creer que son pocos los casos, y que son productos de mentes muy enfermas. No pueden lidiar con tanto horror.

Otros profesionales están atravesados por concepciones machistas, misóginas y creen que las mujeres están tan empoderadas que inventan falsos abusos sexuales para desprestigiar y dañar a los hombres. Creen que las madres son manipuladoras e inventan los abusos sexuales y que la mayoría de las denuncias son falsas, generando sospechas sobre los testimonios de los niños, niñas y adolescentes y sobre las intenciones de las familias que les protegen y les acompañan en el doloroso periplo de buscar justicia y protección. Algunos profesionales también se encargan de injuriar y desprestigiar a los profesionales que trabajan en el campo del abuso sexual infantil, de forma comprometida, solvente, con una clara perspectiva de derechos humanos. Quieren hacer creer a la ciudadanía que las personas que trabajan en este campo tienen intenciones maliciosas, intereses económicos o que tienen algún problema de salud mental que les hace ver abusos sexuales donde no los hay.

Otros profesionales quieren enarbolar la bandera de la ecuanimidad, la imparcialidad y la objetividad. Esos profesio-

Algunos profesionales, rechazan la idea de que exista el abuso sexual; no toleran pensar que alguien que debe cuidar y proteger pueda hacer cosas tan terribles. Prefieren creer que son pocos los casos, y que son productos de mentes muy enfermas. No pueden lidiar con tanto horror.

nales son funcionales al poder, porque cuando se es imparcial en un sistema desigual, en un sistema donde existen asimetrías de poder entre varones y mujeres, entre adultos y niños, ser imparcial es ser parcial y sesgado al modelo imperante. Es innegable afirmar que vivimos en un sistema social que anula a los niños, niñas y adolescentes, y no los reconoce ni los trata como sujetos de derechos; que aplasta y oprime a colectivos por no compartir su mirada respecto del mundo (por ejemplo, colectivos LGTBI); que aplasta a quien piensa distinto. Sin lugar a dudas, la imparcialidad es funcional y abona al sistema hegemónico, machista y adultocéntrico.

En este concierto de voces e instituciones están los profesionales que no ven, no se dan cuenta, no ven más allá de lo evidente y superficial, y en una actitud de desidia, burocrática y formal, atienden niños y niñas sin ver lo que rompe los ojos. Esos también hacen muchísimo daño.

Puede haber además experiencias personales. Porque es innegable que existen las denuncias falsas de abuso sexual, que existen los falsos testimonios y que existen madres y padres malintencionados que inventan esto para dañar a sus exparejas. Y si a algún profesional le tocó vivirlo, va a pensar que quizás todos los casos son así.

Esos profesionales se creen que son el centro del mundo y que su experiencia es la experiencia general.

Frente a estas creencias sin base científica existen investigaciones que plantean que las falsas denuncias son mínimas.

... el número de falsos alegatos como proporción del número de casos en que el AS es validado sigue siendo ínfimo: la mayoría de los estudios más serios al respecto coinciden en plantear que, en promedio, entre un 3 % y un 4 % de los casos reportados constituyen falsos alegatos. Algunos estudios y valoraciones estadísticos hechos en Estados Unidos han planteado incluso porcentajes menores (del 1 al 3 %).

Como lo muestran las investigaciones científicas en este campo, son mínimos los casos donde hay mentira y manipulación. Es innegable lo terrible que debe ser esta situación y el sufrimiento que debe causar a un padre o a una madre el ser acusados falsamente de ser violentos y ser alejados injustamente de sus hijos e hijas. Pero es incomparable con

el sufrimiento de un niño al que no se le cree y se le obliga a revincularse con su progenitor abusador sexual; a estos niños les arruinamos la vida doblemente. No los atendemos por los daños y efectos traumáticos del abuso sexual y los sometemos a seguir siendo abusados.

Para terminar, quiero compartir un cuento para niños, escrito por Ema Wolf, que me compartió la licenciada Paula Moreno en una actividad de formación sobre la temática. Este cuento pareciera haber sido escrito justo para ilustrar lo que a mi juicio sucede en nuestra sociedad con los temas de violencia hacia los niños, niñas y adolescentes, y en especial con las situaciones de abuso sexual. El Serpentón existe, se mueve entre nosotros, pero aún nos cuesta mucho reconocer su existencia. ■

El serpentón

El capitán del vapor *Elmer* acaba de ver un monstruo marino. No dice nada porque no quiere que lo tomen por loco. Le puede costar su puesto.

El primer oficial también lo ve. No dice nada porque no quiere que lo tomen por loco. Le puede costar su puesto.

El grumete también lo ve. No dice nada porque, como todavía es un chico, pensarán que está inventando. El cocinero también lo ve. No dice nada porque pensarán que, para variar, bebió demasiado. A los dos les puede costar el puesto.

Todos lo ven, en realidad, y nadie dice nada.

El monstruo está ahí, a medio tiro de fusil. Es un serpentón como de seis cuerdas de largo, escamas de color verde pantano, cara de caballo, cuernos en cantidad, ojos llameantes, lengua larga. Echa vapor por las narices. Braama. Las fauces son tan grandes que podrían engullir cuatro vapores del tamaño del *Elmer* en un mismo bocado. Imposible no verlo, imposible confundirlo con otra cosa. ¿Qué van a decir que es eso? ¿Un delfín? ¿Una boya?

—Parece que va a refrescar —comenta el primer oficial al capitán.

—Sí, parece —contesta el capitán.

El serpentón nada alrededor del barco en círculos cada vez más estrechos. Levanta olas como edificios y azota rabiosamente las crestas de espuma con su cola trífida.

El primer oficial se seca los vidrios de los anteojos.

—¿Garúa o es idea mía?

—Es idea suya.

El serpentón quiere que su presencia se note. ¡Cómo no va a querer! Sabe que un monstruo sólo existe si alguien lo ve y grita. Si nadie lo ve y nadie grita, no existe. ¡Qué puede hacer si todos están mirando para otro lado!

Una y otra vez se sumerge y vuelve a aparecer quebrando la superficie del mar con estampidos violentos. Trata de amedrentar a los marineros de cubierta rociándolos con sus babas.

En la noche emprende pasadas vertiginosas por debajo de la quilla, iza el barco entre sus anillos de hierro y lo deja caer desde las alturas. El *Elmer* no zozobra por milagro.

Y así.

Está cada vez más insistente.

Ahora cena en el comedor con el capitán y los oficiales. ¡Ni hablar de lo que es capaz de hacer en la mesa! El camarero, que tampoco quiere que lo tomen por loco, finge que no lo ve y todas las noches barre la vajilla rota. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Baita S. Ventajas y desventajas del uso de protocolos en maltrato y abuso sexual infantil, I Congreso Internacional de Violencia, Abuso y Maltrato. Buenos Aires, Argentina; 2007.
- Baita S, Moreno P. Abuso sexual infantil. Cuestiones relevantes para su tratamiento en la justicia. Montevideo: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef Uruguay, Fiscalía General de la Nación, Centro de Estudios Judiciales del Uruguay; 2015. Disponible en: <unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf>.
- Barudy J. El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós; 1998. Disponible en: <baul-delibroses.files.wordpress.com/2016/02/el-dolor-invisible-de-la-infancia-jorge-barudy.pdf>.
- Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia, Barcelona: Gedisa; 2005.
- Bringiotti MI. Maltrato Infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en la población infantil. Buenos Aires: Miño y Dávila; 1999.
- Comisión Interamericana de Mujeres. Lineamientos interamericanos por la igualdad de género como bien de la humanidad (Proyecto). Disponible en: <oas.org/es/cim/docs/CIM-CD-doc10-17-ES.pdf>.
- Finkelhor D. Abuso sexual al menor. México D. F.: Editorial Pax México; 2008.
- Giberti E (dir.), Lamberti S, Viar JP, Yantorno N. Incesto paterno-filial: una visión multidisciplinaria. Perspectivas históricas, psicológicas, jurídicas y forenses. Buenos Aires: Editorial Universidad; 1998.
- Glaser D, Frosh S. Abuso sexual de niños. Buenos Aires: Paidós; 1997.
- Goldberg D, Kuitca M. Maltrato infantil. Una deuda con la niñez. Buenos Aires: Editor Urbano; 1999.
- González D, Tuana A. El género, la edad y los escenarios de la violencia sexual. Montevideo; 2009.
- Herman J. Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Madrid: Espasa; 2004.
- Intebi I. Abuso sexual infantil en las mejores familias. Buenos Aires: Granica; 1998.
- Kempe R, Kempe H. The common secret: sexual abuse of children and adolescents. New York: W. H. Freeman; 1984.
- Naciones Unidas. Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. Paulo Sérgio Pinheiro, experto independiente para el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, 2006. Disponible en: <unicef.org/mexico/spanish/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Nota descriptiva. Disponible en: <who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.
- Perrone R, Nannini M. Violencia y abusos sexuales en la familia. Buenos Aires: Paidós; 1998. Colección Terapia Familiar.
- Podestá M, Rovea D. Abuso sexual infantil intrafamiliar: un abordaje desde el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2003.
- Primera Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones, 2013. Informe de resultados. Disponible en: <inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/33876/1/resumen_de_encuesta_mides.pdf>.
- Ravazzola, MC. Historias infames: los maltratos en las relaciones. Buenos Aires: Paidós; 1997. Colección Terapia Familiar.
- Sanz D, Molina A. Violencia y abuso en la familia. Buenos Aires: Lumen-Humanitas; 1999.
- Servicio Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (Sipiav): Informe de gestión 2017. Disponible en: <inau.gub.uy/documentacion/item/1494-informes-gestion-sipiav>.
- Summit R. The child sexual abuse accommodation syndrome. Child Abuse & Neglect 1983; 7(2):177-193. doi.org/10.1016/0145-2134(83)90070-4
- Tuana A. Violencia de género hacia niñas y adolescentes en las relaciones de pareja. En: Hacia vínculos afectivos, libres de violencia, aportes para el abordaje educativo de jóvenes y adolescentes, ANEP, Uruguay, 2017.
- Unicef. Guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/as, adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso. Buenos Aires; 2013. Disponible en: <files.unicef.org/argentina/spanish/proteccion_Guia_buenas_practicas_web.pdf>.
- Vaccaro S. «Otra forma de violencia de género: el pretendido síndrome de alienación parental». Jornadas de formación para la prevención e intervención en la VG. Santa Cruz de Tenerife, Gran Canaria; diciembre 2008. Disponible en: <www.santacruzdetenerife.es/fileadmin/user_upload/Archivos_para_descargar/Servicios_Mujer/Ponencias/sindrome_alienacion.pdf>.
- Volnovich, JR (comp.). Abuso sexual en la infancia 3. La revictimización. Buenos Aires: Lumen-Humanitas; 2008.
- Wolf E. La galleta marinera. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 2013.



ÍNDICE DE AUTORES

Revista de *SUGIA* 2018, volumen 7

Berazategui B

Clínica de las malformaciones genitales en la recién nacida, la niña y la adolescente

Berazategui B, Conselo E

Set. 2018; 7(2):8-17

Beriao G

Ausencia de desarrollo puberal
May. 2018; 7(1):44-47

Close ML

Caso clínico comentado. Ausencia de menarca
May. 2018; 7(1):40-42

Conselo E

Clínica de las malformaciones genitales en la recién nacida, la niña y la adolescente
Berazategui B, Conselo E
Set. 2018; 7(2):8-17

Conselo E

Unidad temática. Malformaciones del aparato genital femenino
Set. 2018; 7(2):7

Cramer V

Cuando la pubertad se atrasa
May. 2018; 7(1):28-32

Cukier JO

Violencia familiar, maltrato y abuso infantil: ¿cómo nos enfrentamos a estas realidades?
Dic. 2018; 7(3):12-15

Estefan S

Tratamiento médico en las malformaciones genitales congénitas: ¿cuándo, cómo y para qué?
Set. 2018; 7(2):36-39

Fernández G

Caso clínico comentado. Botón mamario, mastalgia y flujo
May. 2018; 7(1):38-39

Ferreira Teitfs G

El aparato genital a las diferentes edades
May. 2018; 7(1):12-17

García Bayce A

Imagenología de anomalías de conductos müllerianos en pacientes pediátricos
Set. 2018; 7(2):26-34

Giurgiovich A

Protocolo para la atención del abuso sexual y la violación.
Bases para la atención correcta de la víctima
Dic. 2018; 7(3):16-36

Gueçaimburú R

Valor de la genética en las diferentes etapas del desarrollo sexual
Set. 2018; 7(2):18-25

Lang R

Timing puberal
May. 2018; 7(1):18-27

Laufer D

Unidad temática. Pubertad normal
y sus variantes
May. 2018; 7(1):7-10

Lijtenstein M

Explotación sexual de niños,
niñas y adolescentes
Dic. 2018; 7(3):38-43

Lustemberg C

No más niñas madres
Dic. 2018; 7(3):44-50

Martínez MI

Editorial
May. 2018; 7(1):5

Martínez MI

Caso clínico comentado.
Vello pubiano
May. 2018; 7(1):34-37

Martínez MI

Editorial
Set. 2018; 7(2):5

Martínez MI

Caso clínico comentado.
Telarca bilateral con agenesia vaginal
Set. 2018; 7(2):40-42

Martínez MI

Editorial
Dic. 2018; 7(3):5

Pivel P

La educación como factor protector
de niños, niñas y adolescentes
Dic. 2018; 7(3):52-60

Quevedo C

Caso clínico comentado.
Amenorrea de 5 meses de evolución
May. 2018; 7(1):48-50

Solari Morales M

Imperioso y urgente: develar
y actuar para terminar con
la violencia sexual que sufren niñas,
niños y adolescentes en Uruguay
Dic. 2018; 7(3):62-71

Tuana A

La protección de la infancia
y adolescencia frente a las violencias
Dic. 2018; 7(3):72-86

Valerio G

Unidad temática. Violencia
y abuso sexual en la niñez y la adolescencia
Dic. 2018; 7(3):7-10

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Generalidades

La Revista de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia (*Revista de SUGIA*) se caracteriza por desarrollar una *unidad temática* por número. Cuenta con las siguientes secciones:

1. Trabajos originales y trabajos distinguidos. No requieren invitación del Comité Editorial. Los primeros son aquellas investigaciones que no han sido publicadas en otras revistas nacionales o internacionales. Si están vinculadas al tema central y han sido aprobadas por el Comité Editorial, se incluyen en la sección correspondiente. Aquellas que no están relacionadas con la unidad temática son evaluadas por el Comité Editorial, que decide si se incluyen en el número actual o se reservan para un número posterior. No se requiere invitación del Comité Editorial. Los trabajos distinguidos son los que han sido premiados en eventos científicos vinculados o no a la unidad temática.

Para publicar en las que siguen a continuación, se requiere invitación del Comité Editorial. Estos artículos no deben haber sido publicados en otras revistas nacionales o internacionales y tienen que contar con la cita de las fuentes.

2. Actualización.
3. Revisión.
4. Casos clínicos comentados.
5. Novedades bibliográficas

Envío y presentación

Se realiza a través de correo electrónico a la dirección inesmartinez52@gmail.com, en archivo adjunto de Word no anterior a 2010, en Times New Roman tamaño 12, a doble espacio, con márgenes de 2,5 cm y una extensión no mayor de 30 hojas tamaño A4.

En todos los casos la primera página debe incluir:

- Título completo del artículo.
- Nombre y apellido del autor o los autores, título profesional, institución afiliada y correo electrónico del autor principal.

En todos los casos las tablas y figuras deben enviarse en archivo aparte, y las imágenes en jpg.

Trabajos originales de investigación - Trabajos distinguidos

Deben incluir:

- Resumen en español y en inglés, con una extensión no mayor de 250 palabras, que constará de los propósitos del estudio o investigación, procedimientos básicos, hallazgos más importantes con su significancia estadística (siempre que sea posible) y las conclusiones principales. Deberá destacarse las observaciones, los aspectos más novedosos y relevantes del estudio.
- Palabras clave. A continuación del resumen, en español y en inglés, se especificará de 3 a 10 palabras

clave o frases cortas que ayudarán a la hora de indizar el artículo en las bases de datos.

- Introducción
- Objetivos
- Material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Agradecimientos
- Referencias bibliográficas o bibliografía

Las tablas o figuras se referirán en el texto entre paréntesis, por ejemplo: (figura 1) y se señalará su ubicación en la página correspondiente. Se numerarán correlativamente en números arábigos; por ejemplo: (tabla 1)

Las referencias bibliográficas deben numerarse en el texto en forma consecutiva, entre paréntesis. Ejemplos: texto (1) identifica la referencia 1; texto (1-3) identifica las referencias 1 a 3; texto (1, 4) identifica las referencias 1 y 4; texto (1, 5-7) identifica las referencias 1, 5, 6, y 7.

Actualización - Revisiones

Incluye resumen en español y en inglés (hasta 200 palabras), y hasta 6 palabras clave.

La distribución de los títulos y subtítulos del texto no requiere una organización específica. Extensión no mayor a 30 páginas.

Casos clínicos comentados

Los casos clínicos deben ser concisos, informativos y con un límite de hasta 10 páginas a doble espacio.

Las tablas o figuras se referirán en el texto entre paréntesis y se numerarán correlativamente en números arábigos; por ejemplo: (tabla 1).

Referencias bibliográficas

Se utiliza como guía el estilo Vancouver.

Se mencionan hasta seis autores; si el artículo tiene siete o más autores se mencionan los primeros seis, seguidos de la expresión latina *et al.*

Las referencias bibliográficas que aparecen por primera vez en tablas y figuras deben ser numeradas en el orden que sigue el texto en donde se menciona el texto o la figura.

Las observaciones personales no publicadas o comunicaciones personales no podrán ser utilizadas como referencias. Pueden incluirse referencias a textos aceptados no publicados aun agregando la frase «en prensa».

La información de artículos en vías de aceptación puede ser incluida como «observaciones no publicadas».

Se debe utilizar el formato de referencias bibliográficas que se ejemplifica a continuación:

• Libro completo

Autor/es. Título del libro: subtítulo. Edición. Lugar de publicación (ciudad): Editorial; año, páginas.

Sadler TW. Lagman's medical embryology (10th ed). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008, pp. 349-394.

• Capítulo de libro

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En (en publicaciones extranjeras la expresión latina *In*): Director/ Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad): Editorial; año, número de capítulo, página inicial-final del capítulo.

Ojeda SR. Desarrollo sexual y pubertad. Pubertad normal. En: Pombo Arias M *et al.* (eds.). Tratado de endocrinología pediátrica, 4.ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2009, cap. 42, pp. 473-480.

Rubin LP. Embryology, developmental biology, and anatomy of the endocrine system. *In*: Taeusch, W. *et al.* (eds). Avery's diseases of the newborn. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2005, Cap. 88, Part XVII, pp. 1335-1345.

• Organización(es) como autor

Es la entidad o institución responsable y se la menciona en su idioma original, en forma desarrollada. Se copian los datos como aparecen en la publicación:

The American College of Obstetricians and Gynecologists. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. Committee Opinion Number 651, December 2015 (Replaces Committee Opinion 349, November 2006, Reaffirmed 2017)

• Artículo de revista

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado año; volumen(número):páginas o indicador de extensión.

Laufer D. Pubertad normal y sus variantes. Rev SUGIA 2018 (2.ª temporada); 7(1):7-10. Disponible en: <sugia.com.uy/wp-content/uploads/2018/04/revista_sugia_vol_7_n1.pdf>.

Lang R. *Timing* puberal. Rev SUGIA 2018 (2.ª temporada); 7(1):18-27. Disponible en: <sugia.com.uy/wp-content/uploads/2018/04/revista_sugia_vol_7_n1.pdf>.

Si el artículo tiene un identificador único en una base de datos, opcionalmente se puede añadir en el caso de que no tenga doi:

Danon M, Sachs L. Sex chromosomes and human sexual development. *Lancet* 1957; 273:20-25. [PubMed: 13450319]

Olive DL, Henderson DY. Endometriosis and müllerian anomalies. *Obstet Gynecol* 1987; 69(3 Pt 1):412-5. PMID: 3822289

Scoccia B, Demir H, Elter K, Scommegna A. Successful medical management of post-hysteroscopic metroplasty bleeding with intravenous estrogen therapy: a report of two cases and review of the literature. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2009, 16(5):639-642. doi: 10.1016/j.jmig.2009.05.012

• Actas de congresos y conferencias

Se citan como un libro.

• Ponencia presentada en una conferencia

Autor/es de la ponencia. Título de la ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año, página inicial-final de la comunicación/ponencia.

• Recursos en internet

Si está disponible en la web si cita el enlace; por ejemplo: Disponible en: url y (entre paréntesis) la fecha de consulta. Si tiene doi¹ no van el enlace ni la fecha de consulta.

• Abreviaturas y símbolos

Utilizar solo abreviaturas estándar; en caso contrario, definir las la primera vez que son utilizadas y procurar no incluirlas en exceso. Se evitará su uso en el título

y en el resumen, salvo que se trate de unidades de medida común.

• Tablas o figuras

Se numerarán correlativamente según el orden en el que aparecen por primera vez en el texto y se asignará un título breve a cada una.

Deberán presentarse a doble espacio, en páginas separadas y numeradas en números arábigos en el orden en que fueron citadas en el texto por primera vez.

Se asignará a cada una un título breve.

Los textos explicativos se incluirán al pie de la tabla, no en el encabezado.

Se debe especificar la fuente.

• Permisos

Se deberá incluir la leyenda: Conflicto de interés: ninguno; o especificar el conflicto de interés existente. Todo material tomado de otras fuentes, incluyendo figuras o tablas, debe ser citado; en caso de ser mayor a un resumen (250 palabras) deberá estar acompañado de un consentimiento por escrito que otorgue el permiso a la *Revista de SUGIA* para su reproducción.

1 El doi (digital object identifier) es el indicador más usado hoy en día para identificar los artículos científicos electrónicos, revistas completas, partes de artículos, audios, vídeos, imágenes e incluso software. doi garantiza ir directamente hacia el objeto que identifica, facilita las transacciones comerciales y sirve de enlace seguro y único entre los usuarios y los suministradores de información...

Se puede usar doi para citar documentos científicos electrónicos, para publicar documentos científicos electrónicos o para buscar y localizar documentos científicos electrónicos. El doi consiste en un código alfanumérico que identifica en la web un artículo y que lo recupera incluso si éste se ubica en un servidor distinto al que fue alojado en un principio.

Fuente: El doi, Identificador de Objetos Digitales. *Inf Tecnol* 2011; 22(6),1. <dx.doi.org/10.4067/S0718-07642011000600001>.



