

# Abuso sexual en menores de edad

*Rosa Zarina Loureiro Malán\**

Quien con niños se acuesta, mojado se levanta.

REFRÁN POPULAR

Calumnias!... Además, al que con grandes se acuesta...  
¿Eh? ¿Por qué nadie dice qué le pasa al que con grandes  
se acuesta, eh?

LIBERTAD (personaje creado por Quino)<sup>1</sup>

¿Por qué nadie dice nada acerca de *lo que pasa* con los  
niños que se acuestan con adultos?

NO ES FÁCIL escribir sobre abuso sexual, sobre todo si éste se da en menores de edad. Tema que angustia, que paraliza a veces, que nos hace renegar por el impacto emocional que provoca en nosotros.

En el lapso de los años 1997-98, habiendo recibido en atención psiquiátrica y psicoterapéutica seis casos de abuso sexual en menores de edad, nos detuvimos a pensar si era por causa del azar que nos habían

\* Psiquiatra de niños y adolescentes. Psicoterapeuta habilitante de AUDEPP, Montevideo, Uruguay.

<sup>1</sup> Quino (Joaquín Salvador Lavado) es un dibujante humorístico argentino que alberga en caricaturas infantiles ciertas reflexiones, angustias, ternuras y alegrías, sin edad. La historieta *Mafalda* creada por él nace en el año 1962 y es publicada por primera vez en 1964. Esta historieta guarda un escalofriante paralelo con la vida real y por sus páginas desfilan, entre otros temas, los derechos del niño, no siempre respetados. El 15 de febrero de 1970, se incorpora a la tira el personaje Libertad, una niña, pequeña de estatura pero portadora de un escepticismo intelectual que abruma. Hace entonces hoy 27 años que nos damos cuenta que Quino nos interroga en las palabras de Libertad.

llegado estos pacientes a la consulta o si existía un aumento en la frecuencia de esta patología en nuestro medio. Para tratar de dilucidar esta incógnita, conversamos con colegas uruguayos encontrando experiencias similares a las nuestras; lo mismo ocurrió con colegas latinoamericanos vía Internet en *Latin-Psych* (1998).

El abuso sexual contra menores de edad es una forma de violencia; cruda realidad en la que todos estamos inmersos. Por ello, nos sentimos obligados como profesionales de la salud mental a detectar esta patología, a tratarla y efectuar medidas de prevención.

Sabemos que la misma siempre existió, pero nos preguntamos:

1. ¿Hay un aumento de frecuencia de ella?
2. ¿Vemos más pacientes con esta patología en virtud de que la vida privada se ha hecho pública?
3. ¿Es debido a que en el momento actual estamos más decididos, con menos temor y mayor deseo para cumplir con nuestra obligación profesional?

Los epígrafes aluden al tema. La dificultad de responder a la pregunta del personaje humorístico mencionado, creemos se debe a que no nos podemos mantener aislados de las emociones que despierta este tema en los investigadores. El mismo genera efectos psicosociales de tipo traumático, despertando sentimientos de impotencia, rabia, dolor, complejidad e intensos sentimientos de desagrado que tienden a ser evitados, mediante la negación y/o creencia de que estos hechos no ocurren.

Los efectos psicosociales traumáticos son en primer lugar para la víctima, para sus familiares y para la sociedad en su conjunto donde nos incluimos. Sentimos la necesidad de denunciar estos hechos, estudiarlos y buscar medidas de prevención para evitar la continuación de los mismos. No podemos mantener ocultos estos hechos que consideramos lesivos para la infancia.

Al mantener oculto el abuso sexual, los niños sufren culpa y vergüenza y cuando el mismo se hace público, los efectos traumáticos sociales y judiciales, se suman al hecho en cuestión.

Desde el punto de vista *psicológico*, hablar de abuso sexual en menores de edad, implica hablar de maltrato físico y psíquico. Aunque no existan

lesiones físicas corporales, consideramos que abusar sexualmente de un ser humano es no respetar su físico; y es un maltrato psicológico porque se realiza sin consentimiento informado de la víctima (Glasser y Frosh, 1997; Kempe y Kempe, 1985).

La historia de la ampliación del concepto de malos tratos a menores nos resulta familiar a partir del “redescubrimiento” de Kempe y Kempe (1985) de la crueldad y el origen del término “síndrome del niño maltratado” con los traumatismos que de ellos derivan en la víctima.

Anzieu (1995) nos dice que el traumatismo es tanto narcisístico como sexual y se produce cuando un “incidente” —un contacto corporal ya sea violento, ya sea solamente “irritante”, es decir excitante— lo pone brutalmente al niño o niña, frente a su desconocimiento de satisfacciones genitales y a su impotencia para dar y tomar un placer sexual recíproco. Laplanche (1993), en la teoría de la seducción, afirma la prioridad del otro en la constitución del ser humano y de su sexualidad; el otro concreto, el adulto frente al niño. Se pregunta y se contesta: “¿un adulto perverso?, sí, debe decirse: pero perverso intrínsecamente, por el hecho de que sus mensajes están ‘comprometidos’ por su propio inconsciente”. “Las escenas sucesivas, por variadas que sean, vehiculizan el mensaje parental. La primera, si es que hay una ‘primera’, no tiene ningún privilegio”. Alude a que no hay una escena primera de seducción sexual del pequeño ser humano hacia el adulto y si la hubiese, “no tiene ningún privilegio”.

Katan (1982) manifiesta sus dudas respecto a que la seducción sexual o la violación de la que habían sido víctimas en la temprana infancia las pacientes de Freud hubiesen sido sólo fantasías. “Pueden haber sido una realidad, pero atribuida al padre y no al verdadero culpable”.

Cuando el abuso sexual ocurre dentro del ámbito familiar, hablamos de “violencia doméstica”. La madre del niño, niña o adolescente, quien muchas veces parece compartir el rol victimizante de su hijo/hija, es parte de la relación de dominación masculina. Cuando se da en nuestro medio socio-cultural, la mujer no tiene condiciones de enfrentar la situación. Esta perspectiva incluye entonces en la consideración de la situación de abuso, a los otros miembros del núcleo como víctimas secundarias de una relación de desigualdad y subordinación, siendo una forma de agresión más hacia la mujer. Desde la perspectiva de la Teoría de Género

(Burin, Dio Bleichmar, 1996; Filgueira, 1997), creemos que es necesario intervenir en la situación de la infancia y adolescencia trabajando la relación de poder en el seno de la familia y de la comunidad.

## En el Uruguay

En el Uruguay se adquiere la “mayoría de edad” a los 18 años, siendo el individuo desde ese momento responsable de sus actos, desde el punto de vista de la Ley. Por debajo de esa edad, las personas son consideradas “menores de edad”.

Existe un suplemento dominical en Montevideo, ciudad capital de Uruguay, que se denomina *La República de las Mujeres*; allí se denuncian mensualmente las agresiones físicas a mujeres y menores de edad. Elabora y publica una vez por mes una crónica registrada en ese lapso y una vez al año un resumen de todos esos hechos. La información se obtiene de partes policiales, publicaciones periodísticas y casos directos. En ausencia de datos oficiales— no hay estadísticas oficiales al respecto— estas crónicas son una denuncia de que estamos frente a problemas reales. También en dicho suplemento se recogen testimonios como una forma más de denuncia o con el intento de destrabar mecanismos burocráticos que obstaculizan gestiones judiciales o administrativas (1998).

En entrevista pública realizada en el periódico *La República*, en Montevideo, del 2 de agosto de 1997, la doctora Beatriz Barbagelata, abogada del Instituto Técnico Forense del Uruguay, manifestó que “es tan peligroso estar dentro del hogar como fuera”, al señalar que la mayoría de los homicidios que tienen como víctimas a las mujeres suceden dentro del hogar; y la mayoría de las violaciones, ultrajes, atentados violentos al pudor, también ocurren dentro del hogar.

Los médicos forenses en nuestro medio dividen su actividad en 1) la Morgue Judicial (casos que culminan con muerte) y en 2) la Clínica Forense, que atiende las víctimas de rapiñas, violaciones, etcétera. Los casos referidos en este trabajo competen a esta última.

La “violencia doméstica” (Casanova, Dufau, 1997) existe como figura jurídica en el Uruguay desde el año 1995 (art. 321 bis del Código Penal; n. 16 707 del 12 de julio de 1995):

El que, por medio de violencias o amenazas prolongadas en el tiempo, causare una o varias lesiones personales a persona con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva o de parentesco, con independencia de la existencia de vínculo legal, será castigado con una pena de seis a veinticuatro meses de prisión. La pena será incrementada de un tercio a la mitad cuando la víctima fuere una mujer y mediaren las mismas circunstancias y condiciones establecidas en el inciso anterior. El mismo agravante se aplicará si la víctima fuere un menor de dieciséis años o una persona que, por su edad u otras circunstancias, tuviera la capacidad física o psíquica disminuida y que tenga con el agente relación de parentesco o cohabite con él.

El verbo nuclear es “causar”, que equivale a ocasionar, esto es, desarrollar un comportamiento que produce un efecto exterior calificado como lesión personal: “cualquier trastorno fisiológico del cual se derive una enfermedad del cuerpo o de la mente”. Para que el agente pueda ser responsabilizado, dicho trastorno deberá ser consecuencia de su acción (Relación de causalidad, art. 3ro. del Código Penal).

No obstante la ley, no es tan fácil dirimir desde el punto de vista jurídico cada caso en particular. Destacamos que la misma determina la edad de dieciséis años y no menor de dieciocho. En el caso que motiva este trabajo, no vamos a analizar las vicisitudes jurídicas, porque ese no es nuestro objetivo, sino tan sólo las mencionamos.

En el Hospital Público Pereyra Rossell, en Montevideo, el 16 de junio de 1998 se firmó el Acta de Fundación de la Red Nacional contra la Violencia dirigida al Niño y al Adolescente. Los objetivos fueron coordinar acciones de instituciones públicas y privadas con relación al tema. Participaron y firmaron el acta mencionada representantes del Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura, Universidad de la República, Facultad de Psicología, Instituto Nacional del Menor, Suprema Corte de Justicia, tres integrantes de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Cátedras de Pediatría y la Clínica de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Uruguay.

El acta se firmó en el entreacto de la venida a nuestro país de la doctora Joy Osofsky, de la Universidad de Nueva Orleans, directora de un programa de Atención y Prevención en Violencia en Estados Unidos.

Como profesionales de la salud mental, el tema de la violencia social, violencia doméstica, maltrato al menor son temas actuales, reales, imposibles de manejo individual sino es en equipo multidisciplinario y debemos estar preparados para conocer el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

En muchos lugares del interior del Uruguay trabajan los médicos con policías y abogados, en el entendido de que es necesaria la capacitación del personal policial. Pero no hay planes nacionales de capacitación. La preocupación de todos es importante y hay muchas ONG que participan en tareas asistenciales y preventivas. La constitución de la Red Nacional mencionada anteriormente, era una necesidad para no duplicar esfuerzos y también para sistematizar de alguna forma las medidas a tomar.

En el ámbito hospitalario y también privado, cuando se sospecha maltrato infantil, la primera medida es la internación. En nuestro rol de psiquiatra infantil podemos derivar en forma urgente a médico forense si se sospechan lesiones, y si no al pediatra de guardia, solicitando internación. Esta medida se toma para protección del paciente y para completar los exámenes pertinentes. Las lesiones pueden ser leves o graves.

Aunque no haya lesiones evidentes, consideramos que se debería trabajar en *equipo de maltrato*, constituido por pediatra, psiquiatra infantil, médico legista y asistente social.

En el Uruguay existe un equipo de tales características que funciona en forma permanente a nivel del Hospital de Niños y en aquellos lugares de atención médica privada donde no existe equipo permanente, debería constituirse como tal.

Al médico legista se le llama al Juzgado de turno, el cual trabaja en sistema de guardia permanente. Desde el hospital o desde la institución privada se hace la denuncia policial y si es en domicilio que vimos al paciente hacemos la denuncia en la seccional policial correspondiente. De ahí son derivados a Juzgados de familia.

Lo importante a destacar es que no existe una estructura como “red de sostén” que deberíamos tener durante y después de la etapa diagnóstica.

Tenemos una preocupación y es que el pediatra no siempre consigna en la Historia Clínica la sospecha de abuso sexual. Los menores de edad que llegan a internarse ya tienen lesiones. Debemos prepararnos y pensar que estas patologías de violencia doméstica existen y que el abuso sexual

en menores de edad, aunque no deje lesiones físicas, deja secuelas en el ámbito psíquico.

En el Uruguay recién figura como delito penal desde hace tres años y la crónica policial denuncia con frecuencia casi diaria, muerte de mujeres a manos de sus cónyuges, castigos corporales y abusos sexuales de menores.

No existen planes de rehabilitación para el agresor y existen tan solo medidas punitivas de privación de libertad.

Tampoco existe en nuestro país un plan nacional de educación sexual a menores.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo (1996) se realizó la exhortación de constituir programas para atender las necesidades de los adolescentes en el área de información sexual a efectos de evitar abusos sexuales y embarazos no deseados por uso de sexualidad no responsable.

Tomando en cuenta esta necesidad, la profesora Elvira Frank (1996), del Instituto Superior de Educación Física del Uruguay, presentó un proyecto de capacitación en la asignatura de sexología. Dicho proyecto fue aprobado y se imparte desde el año 1997 a alumnos de tercer nivel, tercer semestre, es decir a punto de egresar del profesorado de educación física. Esta formación habilitará a los profesores para orientar a sus alumnos en educación sexual.

### *Un tema de gran envergadura es el atinente al incesto*

Yubarant Bepali (1988), respecto al incesto se pregunta:

¿Podemos acaso plantearnos la “descriminalización” del incesto no violento? El niño es víctima del agresor y luego de la carencia de apoyo terapéutico. Las soluciones son muy distantes a las necesidades de la familia incestuosa: algunos niños inician una vía crucis de abusos sexuales. Numerosas denuncias son retiradas ante la catástrofe familiar y económica.

Los delitos mencionados pueden ser cometidos por hombres o mujeres, pero en la bibliografía consultada predominan los hechos en donde

el agente agresor es un hombre y la víctima puede ser niña o varón; existiendo en este sentido un predominio de la víctima en el género femenino.

Beñarán *et al.* (1997), definen “violencia doméstica” como “toda acción u omisión cometida en el seno de la familia y/o en el marco de las relaciones de pareja pasadas o presentes, que menoscabe, la integridad física, psíquica o cualquier otro derecho inherente a la persona humana”. El término familia es abarcativo de la compleja trama que ella puede incluir.

En comunicación personal, la profesora Beatriz Estable (1997) ha manifestado que en el momento actual, en el Hospital de Niños Pereyra Rossell de Montevideo, la relación de ingresos hospitalarios de maltrato-abuso sexual, que era de 8/10, se ha transformado en 10/10. Estas cifras son alarmantes y motivan todo trabajo tendiente a la prevención de esta patología.

Por lo anteriormente expuesto pensamos que la posibilidad actual de hacer el diagnóstico de abuso sexual en menores de edad, es debido a múltiples factores:

1. Existe una mayor posibilidad de denuncia y conciencia en el ámbito de la población respecto a esta patología.
2. Tenemos mayor posibilidad de acceso a los fenómenos intrafamiliares en virtud de que lo privado tiene posibilidad de llegar al dominio público.
3. Hemos adquirido una mayor capacitación profesional en el tema.

## **Objetivos del trabajo**

Los objetivos de esta presentación son:

1. La necesidad de informar el hecho real de los abusos sexuales en menores de edad.
2. Compartir también la angustia que genera dicho abuso.
3. La necesidad de hablar sobre medidas preventivas para el mismo, dada la alta frecuencia de esta patología en el ámbito internacional, que no respeta clases sociales ni razas.
4. Al mismo tiempo compartir dudas y experiencias terapéuticas y clínicas, sin desconocer que la prevención y el tratamiento de estos casos es interdisciplinario.

## Materiales y métodos

Para aumentar y extender los conocimientos y métodos terapéuticos de la psiquiatría se requiere la participación de los pacientes. Hemos tomado para la realización de este trabajo viñetas clínicas que ilustran el tema a desarrollar y hemos buscado en la bibliografía nacional e internacional datos al respecto.

Adhiriendo a la Declaración de Hawai (1977) de la Asamblea General de la World Psychiatric Association (art. 9), hemos solicitado para realizar esta publicación, el consentimiento informado de un familiar directo en el caso de la paciente de cinco años y en los otros dos casos que se citan, lo hemos obtenido de las pacientes y de familiares directos. Se han tomado las medidas necesarias para preservar el anonimato y salvaguardar la reputación personal de los sujetos en cuestión, según lo indica el Código de Ética Médica (1997).

### ¿Qué entendemos por abuso sexual?

En el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV) (1995), en “Problemas relacionados con abuso o negligencia”, se incluyen categorías que deben utilizarse cuando “el objeto de atención clínica es un maltrato grave de una persona por otra, utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia”.

Se utiliza la categoría T74.2 para “Abuso sexual del niño” (V61.21), cuando el objeto de atención clínica es el niño.

En este ítem se menciona, pero no se describen los actos que determinan el diagnóstico de abuso sexual. Nosotros acotaremos el tema en este trabajo, con relación a la agresión intrafamiliar, sin desconocer que existen agresiones al niño/niña fuera del núcleo familiar, inclusive siendo víctimas de explotación sexual, con fines comerciales (Warburton, Camacho, 1986).

La doctora Beatriz Estable (1997), integrante del Comité de Defensa de los Derechos del Niño de la Sociedad de Pediatría del Uruguay —coordinado por el doctor Nairac— en su *Monografía sobre maltrato* nos dice: “abuso sexual es cualquier clase de contacto sexual en un niño

menor de dieciocho años por parte de un familiar o tutor adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño”.

De Ajuriaguerra (1993), en “Los niños víctimas de agresión en el grupo social y familiar”, describe cuatro situaciones: *a)* el niño maltratado; *b)* el infanticidio; *c)* los atentados sexuales contra los niños (pedofilia, incesto), y *d)* el rapto de los mismos.

Los casos que determinaron este trabajo entran dentro de la categoría del incesto. Éste es un tipo particular de atentado sexual que responde al derrumbamiento de un tabú que se encuentra en casi todas las sociedades y está definido por la ley como el acto sexual entre familiares de sangre tales como padre o madre con hijos/hijas, hermanos entre sí, tío con sobrinos.

Desde el punto de vista psicológico, es incesto también el vínculo sexual en parientes políticos: padrastro, hermanastros, tíos políticos.

En *Un derecho a la felicidad*, Warburton y Camacho (1986) hablan de “abusos en casa” y describen situaciones en las cuales los niños tienen que abandonar el hogar a consecuencia de abusos físicos o sexuales por parte de un miembro de la familia (fugas). Los conflictos familiares, ignorancia del propio cuerpo, violaciones, componen cuadros de miseria, que empujan a los jóvenes a las calles de la ciudad, donde la mayoría se verán directamente implicados en la prostitución.

La prohibición del incesto, según Lévi-Strauss (1985), “es el paso fundamental gracias al cual y por el cual se efectúa el paso de la naturaleza a la cultura”.

Lebovici (1995) termina su artículo sobre el incesto diciendo: “la prohibición del mismo, es el conjunto de organizaciones mentales propias del hombre y cuyo ensamblaje le hace escapar de la psicosis”. Este concepto destaca la gravedad de las consecuencias psicológicas del incesto.

Kaplan y Sadock (1993) denuncian que 15 millones de mujeres han sido objeto de asedio incestuoso y la tercer parte de las personas han sido sometidas a abusos sexuales antes de los nueve años de edad.

Christopher Bollas (1993) manifiesta que es un error pretender pensar que la niña desea que el padre cometa su acto de incesto. En cierto sentido cuando el padre comete ese acto, desestructura la relación de la hija con él y deja de ser padre, para actuar en un rol diferente.

Corsi (1997), en su libro *Violencia familiar*, define como maltrato infantil cualquier acción u omisión no accidental, que provoque daño físico o psicológico a un niño por parte de sus padres o cuidadores. En su forma activa tenemos el abuso físico, emocional o sexual. Este último consiste en cualquier clase de contacto sexual y puede variar desde la exhibición sexual hasta la violación; de todas las formas de abuso es la más difícil de aceptar y reconocer. Describe el abuso emocional con indicadores clínicos del mismo y como signos de abuso sexual señala:

1. Llanto fácil, por poco o ningún motivo aparente.
2. Cambios bruscos en conducta escolar.
3. Llegar temprano a la escuela y retirarse tarde.
4. Ausentismo escolar.
5. Conducta agresiva destructiva.
6. Depresión crónica, retraimiento.
7. Conocimiento sexual y conductas inapropiadas para la edad.
8. Conducta excesivamente sumisa.
9. Irritación, dolor o lesión en zona genital, temor al contacto físico.
10. Encopresis.

La presencia de varios de estos síntomas es índice de que el niño necesita ayuda. Este autor señala que:

- La fuerza física sólo está presente en un pequeño porcentaje de casos.
- La percepción del adulto como autoridad vuelve al niño más vulnerable a ser amenazado, sobornado o inducido a obedecer órdenes.
- Los niños rara vez informan a alguien lo que está ocurriendo, por miedo y porque el abusador los induce a no contar nada.
- Muchas veces los niños desean contarlo, pero no lo hacen por temor a que no les crea o a ser castigados.
- Los niños no inventan historias acerca de su propio abuso sexual. Si se animan a decirlo, hay que creerles.” Los niños no mienten sobre el tema. Cuando el niño cuenta algo que le sucedió, hay que creerle; aunque sea duro para nosotros imaginarnos que nuestro propio hermano, hijo, padre, abuelo, tío, amigo, el hombre que queremos, esposo, concubino, sea capaz de un acto así “, manifiestan profesionales de BICE y UNICEF (Crovare, Siegfried, 1996).

- La edad promedio en que los niños son abusados sexualmente, se ubica alrededor de los once años, pero es frecuente que niños menores de tres años sean abusados.

En un exhaustivo estudio realizado por Glasser y Fosh (1997) de las definiciones internacionales existentes sobre abuso sexual, estos autores relatan el común de todas ellas y las excepciones que las complementan: los niños o las niñas pueden ser víctimas de abusos sin que tengan conciencia de ello.

El abuso consiste en algo que lleva a cabo un adulto, para su propia finalidad sexual, tomando al niño o niña como un objeto, estando los sujetos impedidos de prestar consentimiento.

Consideramos abusado, entonces, a un niño o niña, o adolescente, que no resista el avance de un adulto, debido a:

1. Su falta de conocimiento del significado social.
2. De los efectos psicológicos de los encuentros sexuales.
3. Que por el grado de su confianza o su dependencia de los adultos, no se encuentre en situación de prestar un consentimiento informado.

El abuso sexual puede consistir en penetración pene-vagina forzada; tentativa de *fellatio*, *cunnilingus*, coito anal; penetración digital de la vagina; penetración digital del ano; tentativa no forzada de tocar los pechos; coito simulado; tocar (el adulto hacerse tocar los genitales o tocar al menor en sus genitales); exhibición de órganos sexuales; mostrar material pornográfico o hablar de cosas sexuales en forma erótica con niños o adolescentes; explotación sexual del menor (Goldber, Kuitca, 1994).

La explotación sexual comercial fue el tema del Congreso Mundial de Estocolmo en 1996, y en el mismo los datos obtenidos fueron que “el 75 por ciento de los adolescentes prostituidos, fueron víctimas de abusos sexuales cuando eran niños de corta edad” (Loredo, Reynés y Muñoz, 1994). Ellos nos dicen que “todas las formas de abuso incluyen una relación de poder que puede ser explícito cuando se usa la fuerza física o sutil cuando se juega con la situación de dependencia de la víctima”. Recuerdan no olvidar que la existencia de enfermedades venéreas en menores debe hacernos sospechar el diagnóstico de abuso.

Loredó (1994) describe una forma compleja de maltrato y abuso en guarderías y sectas religiosas, con introducción de objetos extraños en genitales, llegando incluso a asesinato de niños.

En otros casos de más difícil diagnóstico, según Kempe y Kempe (1985), pueden no dar ningún síntoma aparente y funcionar como sobreadaptados desarrollando una personalidad “como sí”.

Glaser y Fosh (1997) mencionan además reacciones emocionales negativas tales como depresión, culpa o autoestima disminuida; fobias, pesadillas, inquietud, enuresis, rechazo escolar, embarazos adolescentes. Estos autores vinculan las conductas sexualizadas de las víctimas como una tentativa de ganar afecto.

### **Medidas de prevención de abuso sexual en menores**

La actividad sexual entre un adulto y un niño siempre señala una explotación de poder y no puede ser otra cosa que un abuso. Los niños tienen derecho a vivir con confianza y que no se abuse sexualmente de ellos. La transgresión de este derecho constituye siempre un abuso. Y de ahí nuestra obligación como médicos, como profesionales de la salud mental, de prevenir el abuso sexual, insistiendo todas las veces que sea necesario en la obligación de respetar el cuerpo infantil y su psiquismo.

Como medidas preventivas propuestas para la prevención, compartimos las expuestas por D. Maltzman (1989), y por su importancia las reproducimos:

1. Realizar campañas informativas a la población con respecto a la necesidad de efectuar la denuncia de hechos de esta naturaleza, tan pronto como se tome conocimiento de los mismos y que se instruya sobre la forma de efectuar dicha denuncia.
2. Facilitar la posibilidad de la denuncia anónima.
3. Brindar información a maestros, profesores y docentes en general sobre las características que presentan los niños maltratados y abusados, de tal forma de posibilitar su identificación.
4. Introducir programas de educación sexual en la etapa de enseñanza primaria y secundaria.

5. Fomentar el control por médico pediatra mensual de lactantes y semestral o anual de niños en edad escolar (enseñanza primaria).
6. Ofrecer protección y orientación profesional a madres que denuncian.
7. Suministrar el tratamiento adecuado a los victimarios ya sea en el ámbito institucional o ambulatorio.
8. Realizar controles periódicos, evolutivos de la situación a través del Instituto Nacional del Menor (INAME) y organizaciones afines, con el apoyo de equipos interdisciplinarios.

Yubarant Bespali (1988) destaca la importancia de que los técnicos de atención primaria estén alertas ante las familias en crisis, para prevenir deslices incestuosos ante ausencias maternas, cohecho de niños con adultos, o la gran frecuencia de incidentes violentos o sexuales cuando uno de los integrantes cursa una ebriedad. Compartimos el decir de esta profesional: “hay que educar para la salud, en respeto por los derechos de los ancianos, de los minusválidos, del género femenino y de los niños”.

Nosotros proponemos, además de lo anterior:

1. La necesidad de capacitar en educación sexual a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación en cuanto al comportamiento sexual y reproductivo responsable. Un niño o adolescente bien informado sobre su sexualidad y sus derechos a ser respetados en la misma, es menos factible que pueda ser sometido a abusos sexuales.
2. Medidas puntuales de prevención a nivel familiar, basados en los conceptos de F. Cholette-Perusse (1976) y Garbarino (1995):
  - a) Incentivar y favorecer todas las conductas tendientes a la independencia y a la privacidad de las personas menores de edad (hábitos de higiene en la evacuación de esfínteres).
  - b) Bañarse en forma individual y no frente al adulto. Por ende, no bañarse en forma conjunta con otras personas. Evitaremos así el voyeurismo y exhibicionismo.
  - c) El o la menor tienen derecho a tener una cama para su uso personal y en la medida de lo posible un cuarto propio. Dormir en la misma cama con un menor, aún cuando no exista abuso sexual físico, determina una perturbación en el desarrollo psicológico del mismo.

3. Privacidad en hábitos de higiene del adulto: baño y evacuación de esfínteres.
4. No mostrarse desnudos los adultos en presencia de niños o niñas.
5. En nuestro medio cultural, besar a los niños y adolescentes en la mejilla y no en la boca ni en genitales: padres a hijos o hijas; abuelos/as a nietos/as; tíos/as a sobrinos; hermanos entre sí, a los efectos de evitar el incesto.
6. Enseñarle al niño que tiene derecho a decir “No” en situaciones de abuso sexual (BICE, UNICEF, 1996).
7. El niño tiene derecho a decir “no quiero”.
8. Hay que informar al niño que el incesto es delito; para ello sugiere Dolto (1988) decirle al niño o a la niña: “dile a tu papá que no puede jugar contigo a que es tu marido”.
9. Si tomamos estas medidas de conducta fortaleceremos al o la menor frente a situaciones (ocasionadas por familiares o extraños) de abuso sexual; reconociendo el derecho que tienen los seres humanos de ser respetados en su cuerpo y psiquismo. Los seres humanos criados así, podrán buscar ayuda y difundir si existen los intentos de abuso, para que se realicen las medidas necesarias para evitar su continuación. Hay que criar a los niños fortaleciéndolos en decir “no quiero”, cuando el adulto se excede. Es importante no victimizar más a la víctima. El niño o la niña deben saber que el que cometió la falta es el victimario. No se debe crear una identidad de sobreviviente del abuso. Para lograr este objetivo, es necesario el apoyo de los medios y de los sistemas de poder, además del trabajo interdisciplinario.

Hay circunstancias que van más allá de nosotros mismos y son las que nos imponen desde los medios audiovisuales de la televisión. Montenegro H. (1994) nos dice: “Sabemos que existe una relación entre lenguaje y pensamiento. Sabemos también que el lenguaje es abstracto y el lenguaje de la imagen es concreto”. Es preocupante —desde el momento en que podemos poner cierta distancia y pensar— la imagen que nos imponen. Y más preocupante aún, porque detrás de determinada promoción, suponemos la existencia de un asesoramiento respecto al mercadeo y a cuál puede ser la forma en que el consumidor quede atrapado psicológicamente para comprarlo. Es bien sabido que cuando se adquiere

un producto, a nivel inconsciente, ese producto está conectado con una imagen de bienestar y placer que proviene de la imagen recibida. Nos referimos al uso de niños desnudos, de cuerpo entero o con desnudez de sus nalgas en las propagandas comerciales.

Frente a este tipo de propaganda proponemos una participación activa en su contra, de todos los profesionales de la salud mental.

Sabemos que cuando se adquiere un artículo, esta compra conlleva la imagen visual de la venta. Si se utilizan menores desnudos en dichas imágenes, corremos el riesgo de estar favoreciendo con ellas, la erotización, exhibicionismo, voyerismo, en suma, el abuso sexual en menores de edad.

En cuanto a la imagen de la mujer (adolescente o adulta) en la sociedad y en los medios de comunicación, está presentada como un objeto sexual "para otros". Desde el punto de vista social y cultural se condiciona así a la mujer inconscientemente para el abuso sexual y culpabilización de la víctima, cuando ocurre el abuso (Filgueira, 1997).

### **¿Cómo realizamos la detección de abuso sexual en estos pacientes?**

Kempe (1985) llama la atención sobre el hecho de que, en niños con trastornos emocionales, es poco frecuente que el pediatra plantee el diagnóstico de abuso sexual. Sin embargo se encuentra tan corrientemente una historia de incesto en adultos, que diez o quince años después del episodio, llegan a manos de psiquiatras, asesores matrimoniales, clínicas de salud mental, policía, tribunales, que es sorprendente que el diagnóstico no haya sido establecido en forma más precoz.

Recordemos lo dicho anteriormente: "El abuso sexual es un fenómeno que abarca todas las clases sociales, sin distinción de razas" (Warburton, Camacho, 1986).

La detección misma depende de que el médico pediatra piense en esta posibilidad como una entidad médica más, al realizar el diagnóstico diferencial, y que los profesionales de la salud mental lo tengamos presente para investigarlo y tomar las medidas pertinentes para su tratamiento. Estos casos existen y son mucho más frecuentes de lo que podríamos pensar. La dificultad estriba en que en no todos los casos existen lesiones físicas. Cuando éstas están presentes, la duda no es posible. En tanto que

cuando no hay lesiones evidentes, el abuso sexual puede pasar desapercibido, si no estamos atentos a las manifestaciones clínicas que evidencian este hecho. Querol (1994), como pediatra, describe la clínica del abuso con la sintomatología descrita anteriormente por Corsi.

Goldberg y Kuitca (1994), en “Aportaciones a la comprensión psicoanalítica del abuso sexual”, manifiestan hechos que compartimos desde la clínica, y además de las manifestaciones de Corsi, agregan:

1. Repetición, incluso con sus pares de lo que sufren pasivamente.
2. Evitan sacarse la ropa frente al médico.
3. Su vocabulario y actuar se encuentran sexualizados (en la verbalización, en dibujos y juegos hay constantes referencia al sexo).
4. Las adolescentes tienen actitudes provocativas o antisociales.
5. Fugas del hogar.
6. Automutilación (objetos extraños en vagina, uretra o ano).
7. Pueden incluso llegar al suicidio o manifestar deseos de no vivir.

## Tratamiento

Como profesionales de la salud mental, el atender pacientes que han sufrido abuso sexual, implica el análisis exhaustivo de nuestros aspectos infantiles perversos polimorfos, en el decir de Freud (1905). Los estudios de este autor le permitieron descubrir el conflicto edípico. Cada acto perverso puede elicitar en nosotros —psicoterapeutas psicoanalíticos— nuestras propias fantasías perversas; las mismas deberán ser analizadas —conocidas y reconocidas— para poder proseguir la tarea, sin que ésta, se vea entorpecida por aquéllas.

No percibir contratransferencialmente estos aspectos, hablaría de puntos ciegos que pueden impedir incluso la realización diagnóstica de abuso sexual, llevando a interpretar el relato del niño/niña como cuento de fantasía o deseos incestuosos confundidos con la realidad.

Katan (1982) relata seis casos clínicos de pacientes adultas, que recién en un psicoanálisis, pudieron hablar de los abusos sexuales que tuvieron en su niñez. Todas esas pacientes tenían severas perturbaciones psicológicas, derivadas de los hechos en cuestión.

En el año 1997, la Oficina Internacional Católica de la Infancia (BICE) realizó en Montevideo el segundo Foro abierto sobre situaciones de violencia y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, participando quince expertos latinoamericanos sobre el tema. Para la psiquiatra infantil Cuadros, de Colombia, el maltrato infantil pone en riesgo la existencia humana y la calidad de vida. En todos los casos de agresión, Cuadros considera que el agresor es un individuo muy enfermo. Los que no sienten culpa de atacar, no son para terapia, son para el sistema judicial; y el individuo que tiene culpa porque ha quebrado su norma interna, es difícilmente tratable, pero se puede intentar.

Yubarant Bespali (1988) plantea la necesidad de atención secundaria al menor y a la familia donde ha ocurrido el maltrato.

Veamos las palabras de una adolescente de doce años que ha sido sometida a incesto y que ejemplifica lo que venimos diciendo. Observemos el intenso sufrimiento, los sentimientos de desvalorización, de disminución de autoestima, de culpa inconsciente, de vergüenza, de impotencia, de desesperanza, de sometimiento al agresor que la toma como objeto sexual para su deseo obligándola a mentir, impidiéndole a la joven denunciar el hecho por su situación de dependencia hacia el mismo, dentro del núcleo familiar:

#### ULTRAJADA

Nunca imaginé qué se sentiría... Cuesta perdonarlo... lleva tiempo.  
 Trataba de imaginarlo pero era ajeno, quema sentirlo en carne propia...  
 más por un ser querido. Contacto carne a carne, sufrimiento, dolor.  
 Sentís que se te desgarran el alma... te marca... te prohíbe ser libre por  
 miedo a que vuelva a suceder...  
 Luego, tenerlo presente día a día... la obligación de verlo... el cambio  
 brusco del querer al aborrecer.  
 Marca... puede hacerte madurar de golpe y aislarte... o adentrarte en el  
 tiempo... en la edad... temiéndole a la vida, al amor, cerrándole las  
 puertas a todos los que vienen por miedo a volver a sufrir.  
 Hasta el día de hoy no puedo acercarme a alguien, sin tener un cuchillo  
 en la mano... protegiéndome constantemente de lo que digan o hagan.  
 No pudiendo disfrutar con el pretexto de no importarme. Lo dicho...  
 marca... te caga la vida.

Querés gritar a los cuatro vientos lo que te hizo, decíselo a todos sus amigos para que lo odien tanto como vos... pero así como hay odio, hay cariño... y te callás, dejándote vencer.

Leamos las palabras de esta joven también de doce años, con ideas de autoeliminación, manifestando deseos de no vivir:

#### DESEO MI MUERTE

Ojalá no hubiera conciencia en el ser, así no podría sufrir, o simplemente ser un animal y actuar por instinto sin tener responsabilidades y vivir el presente sin problemas, o no tener memoria para no poder recordar, recordar cosas del pasado que te marcaron mucho y que no se olvidan, que siempre van a quedar dentro tuyo condicionándote el presente, un presente que está infinitamente partido, porque tu mundo está partido, pasaron tantas cosas que ya sos vos la que no se quiere levantar, no te quedan fuerzas ni ganas porque sabés que si te levantás vas a caer cada vez más fuerte. Ser un animal o ser un ser sin cuerpo, ver como las cosas pasan a tu alrededor sin que te afecten. Ver el mundo pasar sin existir, ver la vida seguir sin sentir. Cuántas caras quiere uno mostrar. Antes yo mostraba una que era fuerte, que ocultaba todo, podía soportar todos los palos, pero ya no, cada uno que llega me hunde más y más y cada vez me voy secando más, se me están yendo todas las lágrimas, se me está yendo mi ser, estoy dejando de ser yo, de ser todo lo que antes era, todo lo que me gustaba ser, pero es en vano y para seguir así, prefiero no continuar.

Uno de los tratamientos psicológicos indicados para el o la menor de edad, sometidos a abuso sexual se denomina Psicoterapia Psicoanalítica. Mediante este tratamiento se pueden elaborar los trastornos emocionales consiguientes al hecho sufrido. Estos tratamientos se realizan usando la técnica de juego.

En la viñeta clínica que expondremos más adelante, podremos observar como la niña juega ante mí y como yo acompaño ese juego, en una actitud homologable a la escucha silenciosa del analista de adultos. Es una escucha atenta a los sentidos que vehiculiza la paciente en el juego, como lo describe Mirta Casas (1986).

Yo —terapeuta— debo jugar —hablar— con la niña. Es en ese tiempo del jugar, en que se realiza una escucha “analítica” que nos permite atender, entender, oír lo que emerge de la paciente. En ese tiempo en el que yo —terapeuta— juego según el libreto de la niña, realizo una “puesta en acto” a su pedido; y cuando realizo una interpretación, es una “puesta de sentido” mediante la palabra (Casas, 1986).

En 1914, Freud otorga al acto el sentido de la repetición; es la insistencia del inconsciente por expresarse. El niño analizado no recuerda, sino que actúa; no lo reproduce como recuerdo sino como acción; lo repite sin saber desde luego que lo hace. Es así, que importantes vivencias de la temprana infancia no se recuerdan, sino que se sueñan o se reconstruyen en el análisis. Este recordar jugando, en acción, es el modo privilegiado de decir del niño.

El jugar del terapeuta, el escuchar el juego, es poder oír al niño dirigirse a otra persona, hablando de sí mismo. Yo juego con la niña a quien llamaremos Juana. Pero no soy la autora del libreto; juego con ella en el deseo de escuchar a la paciente hablar de sí misma, jugando.

### **Viñeta clínica**

Los padres de Juana se separaron a los dos años de vida de ésta, por fractura de brazo de la madre, provocada por el padre, precedida de actos obsesivos y “violencia doméstica paterna” (Corsi, 1995). La madre inicia trámite de divorcio y el padre inicia litigio por la guarda y tenencia de la niña. El Juez otorga ambas a la madre. Por conservar el padre la Patria Potestad, incide en las elecciones del personal médico y colegio a donde concurre la niña.

La pediatra tratante desde el nacimiento, al año de la separación mencionada, es amenazada de muerte telefónicamente por el padre, acusándola de certificados falsos de enfermedad para evitar visitas paternas. Esta profesional abandona el caso, sin realizar denuncias penales. La segunda pediatra es acusada en forma similar, pero llevadas las quejas en el ámbito judicial por el padre, el Juez determina que la niña sea tratada por un tercer pediatra, que es citado al ejercicio de su profesión mediante un Cedulón.

Por la relación ética médico-paciente, por el deber de respetar la confiabilidad, la intimidad y el anonimato, expondremos solo los elementos necesarios para ejemplificar el tema que estamos tratando (Código de Montpellier).

A la edad de cuatro años, Juana comienza con encopresis y enuresis que motivan la consulta con un psiquiatra infantil. Las mismas se realizan sin encuadre fijo y con entrevistas a ambos padres por separado.

La niña siempre ha sido vista en presencia de la madre. En el curso de estas entrevistas, la madre lleva unos títeres y la niña juega a que “el padre” le dice a la hija que le toque los genitales, “se hace grande y le sale un asco pegajoso”. Hace que se lava las manos, diciendo “¡asco!”, “¡asco!”. Frente a la sospecha de abuso sexual, la madre hace una consulta jurídica y se inicia el trámite penal. El psiquiatra tratante es citado a declarar manifestando que no puede asegurar que sea cierto el discurso de la niña, pero que es conveniente que las visitas con el padre se realicen en presencia de terceros. Continúan los encuentros con el padre, pero éste la lleva a su casa, en presencia aparentemente de familiares.

La niña manifiesta que queda a solas con el padre. Un día la niña tiene evacuación de materias fecales con sangre, lo que motiva la intervención médica, no realizándose pase a médico forense porque al parecer el consejo médico, fue no realizar la denuncia penal al no existir lesiones físicas evidentes. Esta medida se tomó para evitarle a la paciente otras instancias judiciales. Esta decisión se tomó en una instancia conjunta del psiquiatra infantil, pediatra y madre de la niña. Consultado el abogado, éste solicita suspensión de visitas; litigando el padre esta resolución, vuelven a reanudarse las mismas en presencia de terceros.

Es posterior a estas instancias que la madre me consulta a los efectos de tratamiento psicoterapéutico. Este hecho me enfrentó a un problema ético por existir otro profesional psiquiatra infantil, a cargo de este caso. Si bien por el artículo 24.1 del Código de Ética Médica, el paciente tiene derecho a la libre elección de su médico, me pareció pertinente tener un encuentro con el profesional en cuestión. El mismo se realizó telefónicamente. Me informó que el tratamiento por él instituido estaba dado en un encuadre psiquiátrico; que no se encontraba en tratamiento de psicoterapia con él y que compartía la indicación terapéutica de un tratamiento de ese estilo. Nos manejamos así según la ética (art. 67)

considerando que la relación médico-médico debe conducirse con mutuo respeto, decidiendo en común la conducta a seguir en cada caso. Solucionado este problema ético decidí tomar a la paciente en psicoterapia psicoanalítica.

Dado los síntomas físicos de la niña, le extiendo unas líneas al pediatra con la sugerencia de medicación, siempre y cuando él lo considerase conveniente. La medicación fue indicada por este profesional. Se produce entonces un nuevo movimiento judicial con reclamo por vía paterna de volver al psiquiatra anterior y con exigencias de que la niña no reciba psicofármacos. A estas alturas de las circunstancias tenemos entrevistas con el pediatra, a efectos de buscar ayuda y apoyo legal. Según el artículo 33 de Ética Médica, el médico tiene derecho a prescribir el medicamento y el procedimiento diagnóstico o terapéutico que considere conveniente.

El padre en forma intimidatoria solicita una entrevista conmigo, a la cual accedo, realizando grabación de la misma por asesoramiento del médico legista, a quien consulté en esta oportunidad. Le informé al padre, que la consulta estaba siendo grabada. La misma está plagada de documentación judicial y demandas que él lee, amenazándome consultar con su abogado la pertinencia o no de pagarme la entrevista, al final de la misma. Desde ese entonces, no lo he vuelto a ver ni a él ni a los honorarios de la entrevista.

Juana fue examinada por un psiquiatra infantil en el Instituto Técnico Forense, al igual que sus padres. Sigue en régimen de visitas en una institución pública, en presencia de un asistente social. Está pendiente una nueva evaluación ahora por una junta médica, a solicitud del padre, quien hace un reclamo frente al examen técnico que se le efectuó a la niña. La madre ha reabierto la causa penal contra el padre.

## **Comentarios**

Juana está en tratamiento psicoanalítico a dos sesiones semanales desde hace varios meses; inmersa en este difícil trámite jurídico, en el cual los abogados y jueces toman decisiones, la niña intenta a través de su encoyamiento, enuresis y conducta sexualizada, mostrar su sufrimiento y yo trato de entenderlo.

A pesar de todo lo que le ha tocado y le toca vivir, oscila entre un padre que idealiza y justifica “sus mimos” haciéndose llamar por su nombre propio —dejando de este modo de ocupar el lugar de padre—, a un padre real que no cumple con sus funciones como tal y la aterroriza.

No quiere ir a verlo en donde le asignaron las visitas, pero cuando se encuentra con él, conversa; él le lee cuentos de princesas y de brujas.

Me ha relatado que le ha cortado las uñas en la entrevista, diciéndole que las tenía largas y sucias.

En las últimas sesiones de terapia, el juego se da en una escuela en donde yo (terapeuta) tengo que hacer de una niña: “vos no hacés nada en la clase, porque tenés miedo de ir al baño a hacer caca, porque tu papá te mira y te mete los dedos en el culo”, me dice. Ella mientras explicita este juego se toca continuamente el ano, y huele sus dedos *a posteriori*. El juego se repite con iguales características, mientras yo siento una intensa angustia y un estremecimiento recorre mi cuerpo que me lleva a preguntarme: ¿Será que me quiere contar que a ella le ha pasado algo de esto?, ¿cómo actuar en forma terapéutica?, ¿de qué forma intervenir?

“Maestra mi papá es malo, me mira cuando hago caca y me mete los dedos en el culo ¡ay! ¡No quiero maestra, me asusto y tengo miedo!” le digo en la sesión, usando sus mismas palabras.

La niña me mira y me dice: “¿vos te animás a contarlo?” “Sí”, le digo, “si a mi me lo hacen yo lo cuento, porque eso no se le hace a nadie”. “Mi papá me hacía eso”, me contesta tocándose nuevamente el ano. Le digo: “¿Será por eso que tú te tocás a cada rato la cola, porque te acordás de eso y querés contármelo?” Ella no me contesta con palabras; me mira, toma una hoja y se pone a dibujar; no vuelve a tocarse el ano en el resto de la sesión. Hasta aquí la viñeta.

No tengo dudas de que esta niña ha sufrido abuso sexual por las manifestaciones clínicas y por su decir: ninguna niña de tan corta edad puede imaginarse la constitución del semen y si lo describe, es obvio que debe haberlo visto. Y si aún quedasen dudas, la viñeta clínica las despejaría.

Las dudas existen en cuanto al actuar terapéutico. Me pregunto qué otra intervención hubiese sido posible.

Sabemos que el derecho al secreto no implica un deber absoluto y que podemos ser eximidos del mismo por Ley (art. 22 E.M.). ¿No se producirán alteraciones en el vínculo psicoterapéutico en caso de ser relevada del secreto profesional?

¿Cómo ayudar al sistema jurídico? ¿Cómo ayudarnos a nosotros mismos inmersos en un caso judicial?

¿Cómo proteger a la niña en este caso? ¿Es conveniente en caso de abuso sexual que se siga manteniendo el régimen de visitas?

Veamos las palabras de una adolescente que fue sometida a incesto; las mismas nos hacen pensar en la inconveniencia de seguir un vínculo agresor-víctima:

#### AÚN ATORMENTADA

Vos lo disfrutaste tanto... yo lo sufrí.  
Me hundí y a nadie le importó.  
Me marcaste y saliste adelante.

Todos me veían pasar diciendo:  
"Pasado, pisado"  
Cuando estás presente y me ves,  
No con los ojos que debés,  
porque lo seguís haciendo...  
No mejoraste... empeoraste...  
Me cagaste... y lo seguís haciendo.

### Sentido del epígrafe

Para finalizar las reflexiones que determinan este trabajo, volvemos a los epígrafes, y nos damos cuenta que los mismos entonces adquieren sentido.

A la luz de las palabras del personaje Libertad preguntamos:

El refrán popular que generalmente es entendido en cuanto a que es el niño el que se ensucia con la evacuación de esfínteres, ¿no deberíamos interpretarlo también con relación al adulto "que se moja" teniendo orgasmos en presencia de un menor de edad?

## Bibliografía

- Anzieu, D., “Descubrimiento de Freud del traumatismo sexual precoz”. En *Revista de Psicoanálisis con Niños y Adolescentes*, n. 8, Trauma, Après coup. Construcciones, pp. 7-20, Paidós, Bs. As. 1995.
- Arvanitakis, K., Jodoin, R.M., Lester, E.P., Robertson, B.M., “Early sexual abuse and nightmares in the analysis of adults”, en *The Psychoanalytic Quarterly*, V. LXII, n. 4, 1993, pp. 572-587.
- Barbagelata, B., Entrevista pública realizada por el periódico *La República*, 2 de agosto de 1997, p. 20, Montevideo.
- Beñarán, M; Casanova, Z; Dufau, G; Fassler, C; Filgueira, N; Parrado, R., “Introducción. La violencia doméstica contra la mujer”, en *Violencia doméstica. Un enfoque multidisciplinario*, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 1997, pp. 7-16.
- Bespali, Y., “Maltrato y abuso sexual intrafamiliar. ¿Podemos hoy asesorar a la Justicia?”, en IV Congreso Uruguayo de Psiquiatría, del 5 al 8 de noviembre de 1988, I.M.M., Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, p. 33.
- Birchalli, E., “Definición de abuso sexual”, en Stevenson, O. (comp.), *La atención al niño maltratado*, p. 17.
- Bollas, C., “El trauma del incesto”, en *Fuerzas del destino*, Amorrortu, Bs. As., 1993, p. 195-205.
- Burin, M., Dio Bleichmar, E. (comps.), *Género, psicoanálisis y subjetividad*, Paidós, Bs. As., 1996, 361 p.
- Casanova, Z., Dufau, G., “Antecedentes y análisis del nuevo tipo penal. Art. 32 Bis. Código Penal”, en *Violencia doméstica. Un enfoque multidisciplinario*. Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 1977, p. 105-135.
- Casas, M., “Confrontaciones acerca del gesto y la palabra”, en *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, n. 63, pp. 63-71, Montevideo, 1987.
- , “La interpretación, acontecimiento de la transferencia. (Puesta en acto-Puesta de sentido)”, en *El juego en psicoanálisis de niños*, Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, 1986, pp. 117-128.
- Cirrillo, S; Diblasi, P., *Niños maltratados*, Paidós, Barcelona, 1991, p. 20.  
 “La relación médico-paciente”, “El deber de respetar la confidenciabilidad y la intimidad”, “El deber de fidelidad a los acuerdos y promesas”, “Los derechos de los médicos”, “Relación con colegas, con otros profesionales y con las instituciones”, en *Código de Ética Médica*, SMU, Comunidad del Sur, Montevideo, 1995.

- Corsi, J; Dohmen, M.L; Sotes, M.A; Bonino Mendez, L., *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*, Paidós. Bs. As., 1995, 208 p.
- Corsi, J., “Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar”, en *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Paidós, Bs.As., 1997, pp. 15-63.
- Crovvara, S; Siegfried, H., *Material de apoyo sobre abuso sexual para padres. Tu hijo... ¿sabe decir que no?*, Secretariado del BICE para América Latina/UNICEF/Comunidad del Sur, Montevideo, 1996, p. 16.
- Cuadros, I., “De la ira a la ternura (Intervención)”, *Segundo Foro sobre Abuso Sexual a Niños, Niñas y Adolescentes*, SMU, Montevideo, 1997.
- Cholette-Péruse, L.Ph, L.b., *La sexualidad explicada a los hijos*, ATE, Barcelona 1976, 176 p.
- De Ajuriaguerra, J., “Los niños víctimas de agresión en el grupo social y familiar”, en *Manual de psiquiatría infantil*, Masson, Barcelona, 1993, pp. 941-59.
- Dolto, F., “Padres delincuentes”, en *Diálogos en Quebec*, Paidós, Bs. As., 1988, pp. 116-133.
- Estable, B., *Maltrato. Monografía Grado II* (inédita), fotocopia, 92 p. Anexos 12 pp. Biblioteca APPIA, Montevideo, 1995.
- Fassler, C; Parrado, R., “Algunas consideraciones psicosociales sobre la violencia doméstica contra la mujer”, en *Violencia doméstica. Un Enfoque Multidisciplinario*, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 1997, pp. 59-78.
- Filgueira, N., “La violencia sistémica contra las mujeres. Aproximación temática desde una perspectiva sociopolítica”, en *Violencia doméstica. Un Enfoque Multidisciplinario*, Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 1997, pp. 17-58.
- Freud, S., “Tres ensayos de teoría sexual” (1905), *Obras completas*, t. VII, Amorrortu, Bs. As., 1975, pp. 110-224.
- , “Recordar, repetir y reelaborar. Nuevos consejos sobre la técnica de psicoanálisis” (1914), *Obras completas*, t. XII, Amorrortu, Bs. As., 1980, pp. 145-157.
- Friederich, W., “Individual psychoterapy for child abuse victims”, en *Child Adult Psychiat*, Clinica N.A., 1994.
- Garbarino, M., *La educación sexual infantil*, Roca Viva, Montevideo, 1995, 127 p.
- Glasser, D; Frosh S., *Abuso sexual en niños*, Paidós, Bs. As., 1997, 211 p.
- Giberti, E; Chavanneau De Gore, S; Oppenheim, R., *El divorcio y la familia. Los abogados, los padres y los hijos*, Sudamericana, Bs. As., 1985, 285 p.

- Goldberg, D. Kuitca, M., "Abuso sexual", en *Sexualidad. Revista de Psicoanálisis Apdeba*, vol. XVI, n. 2, Bs. As., 1994, pp. 217-239.
- Kaplan, H.I; Sadock. B., *Tratado de psiquiatría*, Salvat, México, 1993, pp. 487-488.
- Katan, A., "Niños violados" (trad. Noemí Rosemblat), en *Revista de Psicoanálisis de Apdeba*, vol. IV, n. 2, Bs. As., 1982, pp. 431-449.
- Kempe, R; Kempe, C., *Niños maltratados*, Morata, Madrid, 1985, p. 230.
- "Código de Montpellier. Deberes de los médicos para con la clientela", "Declaración de Haway de 1977", en *La ética médica. Normas. Códigos y Declaraciones Internacionales*, SMU, Montevideo, 1994.
- Laplanche, J., "Masoquismo y teoría de la seducción generalizada", en *Revista de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, n. 5, pp. 5-19, Paidós, Bs.As., 1993.
- Lebovici, S., "El incesto", en *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*. Biblioteca Nueva Madrid, 1995, pp. 225-231.
- Lévi-Satrust, C., *Las estructuras elementales de parentesco*, Paidós, Barcelona, 1985, 575 p.
- Loredo, A; Reynés. J; Muñoz, J.C., "Abuso sexual", en *Maltrato al menor*, Interamericana, México, 1994, pp. 41-52.
- "Abuso físico del niño", "Abuso sexual del niño", en *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV). Problemas relacionados con el abuso o la negligencia, p. 697.
- Maltzman, D. (comp.), *El abuso y abandono de niños. Guía educativa y preventiva. Aspectos antropológicos, educativos, médicos, jurídicos y criminológicos*, Maltzman, D., Montevideo, 1989, p. 117.
- Montenegro, H., "La televisión y los niños", IIN/OEA Boletín n.222, Montevideo, Julio- diciembre de 1994, pp. 19-39.
- Muñoz, M.L., "Entre el trauma y los síntomas, la realidad psíquica", en *Revista de Psicoanálisis* extra, Asociación Psicoanalítica de Madrid, 1996, pp. 61-92.
- Paniagua, C., "Reflexiones en torno a la psicoterapia y al psicoanálisis", en *Revista de Psicoanálisis de Madrid. Psicoterapias*, Madrid, 1993, pp. 9-17.
- Querol, X., "Maltrato y abandono. Maltrato sexual", en *Tratado de pediatría*, vol. VII, Cruz, M. Spaxs, Barcelona, 1994, pp. 2054-2061.
- Quino, *Toda Mafalda*, Ediciones Delaflor, Bs.As., 1993.
- Racusin, R., Kirk, F., "Reporting child abuse: the ethical obligation to inform parents", *J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiat*, 1986, pp. 485-489.
- Romano, P., "Aspectos psiquiátricos del niño maltratado", en *Maltrato al menor*, Loredo, A. Interamericana, México, 1994, pp. 41-52.

Rosselot, J., *El niño maltratado. Consideraciones epidemiológicas, clínicas y jurídico-sociales*, IIN/OEA, Montevideo, 1980, p. 16.

Warburton, J. Camacho, M., *Un derecho a la felicidad. Criterios para la prevención y la recuperación psicosocial de los niños víctimas de explotación sexual con fines comerciales*. Grupo de las ONG del Convenio sobre los Derechos del Niño. Agosto de 1986, p. 386 (fotocopia brindada por BICE, Montevideo).