



Si bien como manifiesta el Doctor López Sánchez *“los abusos sexuales suelen manifestarse en la vida cotidiana de mil formas diferentes”*

(1)

existen algunos indicadores que son fruto de varios años de investigación y que nosotros podemos tener en cuenta para el caso. El autor mencionado afirma que casi el 50 % de quienes piden ayuda psicológica han sido objeto de una agresión de este tipo, con lo cual aconseja al profesional en ejercicio de su labor a interrogar a sus pacientes sobre las causas presumibles de su dolencia, incluyendo por supuesto, alguna pregunta acerca de la posibilidad de que hayan sufrido en el pasado o estén padeciendo en la actualidad, algún tipo de abuso sexual.

Ahora bien, ¿Qué se les puede aportar a la población en general para que puedan tener en cuenta ante la sospecha de que existió una agresión sexual? En principio todas las investigaciones clasifican tantos signos físicos que van desde la dificultad para caminar o sentarse, las enfermedades transmitidas sexualmente, el sangrado de genitales hasta el embarazo producido por una violación especialmente en la adolescencia, como signos de comportamiento entre los que se encuentran el cambio en el rendimiento escolar, el abuso de drogas o alcohol, como las conductas autodestructivas hasta la fuga del hogar.

No obstante, nos parece adecuado, en principio, y tal como lo hacen varios autores clasificarlas en tres grupos siguiendo el esquema que plantea el mencionado investigador en su libro *“La inocencia rota”* siguiendo la edad en que se realizan la mayoría de las consultas: niños menores de 6 años, niños de entre 6 y 12 años, y preadolescentes y adolescentes de entre 12 y 16 años <sup>(1)</sup>.

En el primer grupo, los menores de 6 años presentan síntomas físicos como el sangrado en genitales o ano, fisuras, laceraciones vaginales, infección urinaria, dolor al sentarse o al andar, etc. Entre los síntomas sexuales figuran los comportamientos impropios, el conocimiento que manifiestan de la conducta sexual del adulto, la conciencia aguda de los propios órganos genitales, la masturbación excesiva, y la presencia persistente de juego sexuales. En cuanto a los sociales, se refleja el miedo a los hombres o a un hombre específico, el aislamiento social, la desconfianza, o el rechazo del contacto efectivo cuando antes era aceptado. Finalmente, se pueden presentar problemas del sueño, pérdida del apetito, el miedo a que los bañen o a que les vean desnudos.

En cuanto a los menores que se encuentran entre los 6 y los 12 años, López Sánchez añade el desarrollo de miedos y fobias, insomnio, ansiedad y depresión entre los psíquicos; el comportamiento sexual provocador impropio de la edad entre los síntomas sexuales; como ya dijimos, las fugas del domicilio entre los sociales a los que se agregan los problemas en el área escolar: la falta de concentración y el bajo rendimiento, que aparecen de forma brusca, desinterés repentino por ir al colegio.

Por último, nos encontramos con el grupo de niños y niñas que se ubica entre los 12 y los 16 años donde además de que pueden repetirse los anteriores, se ubica el embarazo entre los síntomas físicos, las ideas de suicidio entre los psíquicos, en el plano sexual, justamente la sexuación de todas las relaciones; comienzan las rebeliones familiares, el alcoholismo y el consumo de drogas entre los síntomas sociales y el absentismo en el área escolar.

No obstante lo detallado en estos tres grupos de entre 6 y 16 años, Pérez Soteldo, Jenny Milagros, realizaron un estudio entre los meses de 2002 y 2003 en el Hospital Pediátrico "Dr. Pediatra Agustín Zubillaga", sobre los indicadores de abuso sexual en niños de 5 a 9 años con sospecha de maltrato infantil, que nos parece oportuno remarcar <sup>(2)</sup>.

Los encargados del estudio tomaron una como muestra un grupo de 25 niños con edades de 5 a 9 años quienes ingresaron por sospecha de maltrato infantil en el mencionado Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga" a lo largo de un año, y aplicando una encuesta a los padres o representantes de los niños. El estudio determinó que la mayor representación de sujetos investigados fue el sexo femenino en un 64%. Los indicadores físicos más frecuentes fueron desordenes en la alimentación con un 72% en ambos sexos y de éstos en mujeres 83% presentó moretones y olor extraño en genitales y los varones dificultad para caminar o sentarse en un 86%. Los indicadores de comportamiento más frecuentes fueron: Tristeza (76%), comportamiento con adultos de ansiedad, temor o aislamiento (72%), pena al desvestirse y tocarse los genitales (64%), agresividad (64%), problemas al dormir (60%), búsqueda de afecto (56%), miedo (52%), cambios en el rendimiento escolar (48%). Paralelamente, evidenciaron la presencia de indicadores físicos en un 35% y de comportamiento en un 46%, predominando ambos indicadores en varones en un 49% contra 40% en mujeres.

Los distintos grupos etarios arrojaron que según el género, los niños de entre 3 y 5 años, el 61 % eran niñas y el 39 niños, el 57 % fue abusado por su padre y el 10 % por la pareja de su madre, y el 75 % develó el abuso entre los 0 y los 2 años, el 9 % entre los 3 a 5 años y ninguno tardó mas de 5 años en revelarlo.

Entre los niños de entre 6 y 12 años, el 91 % fueron niñas y el 9 % niños; el 32 % fue abusado por su padre y el 18 % por la pareja de la madre; el 39 % tardeo hasta 2 años en dar muestras del abuso, el 28 % entre 3 a 5 años y el 19 % mas de 5 años.

Entre los adolescentes de 13 a 16 años, el 91 % fueron niñas mientras que el 9% niños; el 30 % resultó abusado por su padre y el 36% por la pareja de su madre; el 22 % tardo entre 0 a 2 años en revelar lo sucedido, el 24 % entre 3 y 5 años, y el 43% más de 5 años.

En cuanto a los indicadores específicos, el 87 % de los menores padeció enuresis, el 46 % de entre 5 a 12 años y el 23% de los adolescentes. El 45 % de los niños presentó encopresis, el 21% del segundo grupo y el 4% de los adolescentes. El 45 % de los niños tuvieron alteraciones del sueño, el 61 % de los que tenían entre 6 y 12 años y el 70% del tercer grupo. Miedos presentaron el 84% de los niños hasta 5 años, 77% de entre 6 y 12 años y un 79% de entre 12 y 16 años. Baja autoestima un 39 % de niños, un 64% del segundo grupo, y un 68% del tercer grupo; estigmatización el 48% de los niños, 63% y 64% respectivamente en las edades presentadas; dolores un 55%, un 62% y un 68% de adolescentes. En cuanto a las alteraciones alimentarias: 32 % los niños del primer grupo, 36 % del segundo y 55% del tercero. Asimismo, se registraron 2% de fugas entre los niños menores de 6 ,27% de entre los de 6 y 12, y un 43% entre los adolescentes; sin embargo, un 19% de los niños presentaron agresiones, 23% de los del segundo grupo, y un 23% del tercero; por último, registraron autoagresiones un 39%, un 36% y un 49% respectivamente.

Otro estudio, en este caso argentino y realizado por la Psicopedagoga María Viviana López Elizarán<sup>(3)</sup> a 186 niños y niñas víctimas de ASI, y cuyos casos fueron denunciados, arrojó datos interesantes ya que tomó muestras a menores a 31 menores de entre 3 y 5 años, a 108 de entre 6 y 12 años y a 47 adolescentes de entre 13 y 16 años. El objetivo del mismo fue determinar el impacto que produjo el trauma sexual en los menores de acuerdo a la edad madurativa, en las habilidades lingüísticas y las funciones perceptivas, utilizando Test de Inteligencia y entrevistas.

Por último, presentamos la tabla de indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual en los menores víctimas de abuso elaborada por Echeburúa y Guerricaechevarría según investigaciones realizadas en España <sup>(4)</sup>.

TABLA I: Indicadores físicos, comportamentales y de tipo sexual en los menores víctimas de abuso [19].

a. Indicadores físicos	b. Indicadores comportamentales	c. Indicadores en la esfera sexual
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.</li> <li>- Cérvix o vulva hinchadas o rojas.</li> <li>- Semen en la boca, en los genitales o en la ropa.</li> <li>- Ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada.</li> <li>- Enfermedades de transmisión sexual en genitales, ano, boca u ojos.</li> <li>- Dificultad para andar y sentarse.</li> <li>- Enuresis o encopresis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida de apetito.</li> <li>- Llantos frecuentes, sobre todo en referencia a situaciones afectivas o eróticas.</li> <li>- Miedo a estar sola, a los hombres o a un determinado miembro de la familia.</li> <li>- Rechazo al padre o a la madre de forma repentina.</li> <li>- Cambios bruscos de conducta.</li> <li>- Resistencia a desnudarse y bañarse.</li> <li>- Aislamiento y rechazo de las relaciones sociales.</li> <li>- Problemas escolares o rechazo a la escuela.</li> <li>- Fantasías o conductas regresivas (chuparse el dedo, orinarse en la cama).</li> <li>- Tendencia al secretismo.</li> <li>- Agresividad, fugas o acciones delictivas.</li> <li>- Autolesiones o intentos de suicidio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rechazo de las caricias, de los besos y del contacto físico.</li> <li>- Conductas seductoras, especialmente en niñas.</li> <li>- Conductas precoces o conocimientos sexuales inadecuados para su edad.</li> <li>- Interés exagerado por los comportamientos sexuales de los adultos.</li> <li>- Agresión sexual de un menor hacia otros menores.</li> <li>- Confusión sobre la orientación sexual.</li> </ul>

1-Lopez Sanchez “La inocencia rota”. Editorial Oceano. Barcelona. 1999.

2-Pérez Soteldo, Jenny Milagros “Indicadores de abuso sexual en niños de 5 a 9 años con sospecha de maltrato infantil Hospital Pediátrico "Dr. Agustín Zubillaga", Barquisimeto, Venezuela. 2004

3-López Elizarán M. V. "Abuso Sexual y Aspectos Cognitivos" Medicina Infantil, Revista del Hospital de Pediatría Garrahan, Volumen XVIII, Número 2, Argentina, 2011.

4- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. "Abuso sexual en la infancia". En M.A. Vallejo (Ed.), 1998. "Manual de terapia de conducta". Madrid. Dykinson, vol. 2º, pp. 563-601. E. y Guerricaechevarría, C. "Abuso sexual en la infancia". En M.A. Vallejo (Ed.), 1998. "Manual de terapia de conducta". Madrid. Dykinson, vol. 2º, pp. 563-601.