



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Abuso sexual Infantil.

Respuesta del sistema de Salud Pública y Privada ante casos de abuso sexual infantil.

Trabajo final de grado – Pre-proyecto de investigación.

Fecha:

Mariela Negrone Rivero

C.I 3.352 597 -8

Tutor: Pablo López

Revisor:

Resumen.

El presente proyecto de investigación aborda la problemática del Abuso sexual infantil y su relación con los prestadores de salud. Busca describir y analizar la respuesta del sector salud frente a las situaciones de Abuso Sexual Infantil que se presentan en prestadores públicos y privados del departamento de Montevideo. La revisión de antecedentes indica que, en general, el Abuso sexual Infantil no es abordado de manera adecuada en el sector salud de Uruguay, dado el desconocimiento del personal sanitario y la complejidad del fenómeno en sí, que implica habitualmente una poderosa estrategia de ocultamiento alimentada, no sólo por los protagonistas sino por los distintos actores sociales que toman contacto con el mismo.

Se realizará un estudio empírico de tipo descriptivo y analítico, basado en un diseño metodológico con una estrategia de investigación cualitativa. Serán tomadas dos unidades de análisis para dicho proyecto, una corresponde a profesionales que trabajen en instituciones de salud y la segunda unidad corresponde a referentes de los niños/as víctimas de abuso sexual. Se conformara una muestra intencional teórica (no probabilística), de por lo menos 20 sujetos de cada una de las unidades de análisis y de ser necesario se continuara entrevistando hasta lograr la saturación teórica según los criterios de la teoría fundamentada El instrumento de recolección de la información será la entrevista en profundidad para las dos unidades de análisis.

Se espera que esta investigación aporte a estimar la efectividad de la respuesta del sector salud y coordinaciones interinstitucionales frente al abuso sexual, al tiempo que contribuya a darle visibilidad al fenómeno y realidad a la que se enfrentan los niños/as.

Palabras claves: Abuso Sexual Infantil; Prestadores de salud; Coordinaciones interinstitucionales.

Índice:

| | |
|---|----|
| 1 - Fundamentación y antecedentes | 1 |
| 1 - 1 Definiendo el abuso sexual infantil y su problemática. | 1 |
| 1 - 2 Formas que adopta la violencia sexual contra NNA..... | 2 |
| 1 - 3 Etapas de la dinámica del abuso y sus consecuencias..... | 3 |
| 1 - 4 Políticas de protección..... | 4 |
| 1 - 5 Cifras reveladoras..... | 5 |
| 1 - 6 Abuso sexual Infantil y sistema de Salud..... | 8 |
| 2 - Objetivo general | 9 |
| 3 – Justificación..... | 10 |
| 4 - Problemas y preguntas de investigación | 10 |
| 5 - Diseño metodológico..... | 12 |
| 6 - Consideraciones éticas | 13 |
| 7 - Cronograma | 15 |
| Referencias bibliográficas | 16 |

1 - Fundamentación y antecedentes

El presente trabajo busca generar conocimiento sobre la respuesta del sector salud y las coordinaciones interinstitucionales en Montevideo en casos de Abuso Sexual Infantil (ASI), tratando de visibilizar sus fortalezas y debilidades, actuación con las familias de niños y niñas abusados/as sexualmente, así como las estrategias de intervención aplicadas con las víctimas según edad y circunstancias. Se ha tomado como referencia investigaciones nacionales e internacionales.

Para la elaboración de antecedentes se buscaron trabajos realizados entre 1994 y 2014, publicados en revistas científicas. Se revisaron los siguientes repositorios: Scielo, Redalyc, Timbo.

El ASI ha sido considerado uno de los problemas de salud pública más graves que tiene que afrontar la sociedad y, especialmente, los niños y jóvenes. (MacMillan, 1998). Recién en la década de los 60 se reconoce la importancia social del problema, iniciándose el estudio de su incidencia y reconociéndose su importancia clínica (Gómez; 2001).

1 - 1 Definiendo el abuso sexual infantil y su problemática.

Los malos tratos a la infancia son persistentes en la historia, se producen en todas las culturas y sociedades y en cualquier estrato social, estableciéndose en un problema mundial. (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000)

La Organización Mundial de la Salud define el maltrato infantil como:

(...) cualquier tipo de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, desatención o trato desconsiderado, o explotación comercial o de otra índole que ocasione un daño real o potencial para la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Butchart et al. 2009 p. 9).

Esta problemática tiene un alto costo en salud, provocando un deterioro en el desarrollo de la persona, baja autoestima, deterioro gradual de las defensas físicas y psicológicas. Produce principalmente enfermedades psicosomáticas, disminución marcada en el rendimiento escolar, trastornos de conducta, reproducción de los modelos de conductas violentas.

Es una problemática compleja resultante de una interacción de factores individuales, familiares, sociales y culturales que pueden incluso llegar a desembocar en la muerte del menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

El abuso sexual en la infancia es un fenómeno invisible porque se supone que la infancia es feliz, que la familia es protectora y que el sexo no existe en esa fase de la vida. Sin embargo, el ASI puede llegar a afectar a un 15%-20% de la población, lo que supone un problema social importante que afecta ambos sexos (especialmente a niñas). Las/os niños, niñas y adolescentes (NNA) también pueden ser agresores, de hecho, el 20% de este tipo de delitos está causado por adolescentes. (E. Echeburúa y de Corral, 2006)

Los abusos sexuales se definen como:

(...) contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre otro” (National Center of Chile Abuse and Neglect, 1978)

Existen variadas definiciones de abuso sexual infantil, la mayoría tienen en común la presencia de tres factores: a) el involucramiento de un/a NNA en actividades sexuales de cualquier tipo, en un amplio espectro que va desde el exhibicionismo y voyeurismo hasta la penetración; b) diferencias jerárquicas existentes entre el abusador y su víctima, indicándose que el perpetrador se encuentra en una posición de poder y control sobre el niño del cual abuso y; c) el uso de maniobras coercitivas por parte del abusador, tales como la seducción, manipulación y amenaza (López Sánchez, 1996, Barudy, 1998)

Para que el abuso sexual ocurra y se mantenga existen mecanismos de extorsión y coerción por parte del adulto, en esta dinámica el niño es ubicado en una situación de extrema vulnerabilidad. Lo que facilita la existencia y permanencia del abuso de niños/as es el silencio que logra imponer el abusador sobre su víctima. Si a esto se le agrega el hecho de que la mayoría no deja rastros físicos, se tiene las condiciones ideales para que la situación se mantenga, oculte y perdure por años.

1 - 2 Formas que adopta la violencia sexual contra NNA

En el Informe sobre el Programa de Sensibilización y Prevención del ASI (1998 – 2004) de Save the Children España, se realizan la siguiente clasificación sobre la violencia sexual contra NNA:

a) Abuso sexual. Cualquier forma de contacto físico, con o sin acceso carnal, con contacto o sin contacto físico, realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.

b) Agresión sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.

c) Exhibicionismo. Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.

d) Explotación sexual infantil. Una categoría de ASI en la que existe un abuso sexual y una explotación económica del menor. Por un lado el cliente tiene relaciones sexuales con el menor, por otro el explotador que puede o no ser la misma persona que el cliente, obtiene un beneficio económico de dichas relaciones sexuales. Este fenómeno engloba la prostitución y la pornografía infantil, así como el tráfico sexual infantil y el turismo sexual infantil como modos de lograr el acceso a las víctimas de explotación sexual infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil.

1 - 3 Etapas de la dinámica del abuso y sus consecuencias

El ASI constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de una gran diversidad de trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Flitter, Elhai y Gold, 2003) En las personas que viven situaciones de violencia se da el efecto de las etiquetas cambiadas. El/la NNA que es el agredido/a es quien siente miedo, vergüenza, culpa, y cree que está haciendo algo malo, cuando es quien recibe la agresión (Ravazzola 1999)

Según Roland Summit (1983) en la dinámica del abuso se identifican diferentes etapas:

- a. secreto: esta situación se inicia muchas veces como un juego como un secreto especial que el adulto tiene con el niño/ña. Se trata siempre de adultos de confianza (padre, padrastro, tío, abuelo, amigo de la familia), respetados por los niños, quien no pueden imaginar que esa persona le haga daño.
- b. impotencia: al secreto se suma las amenazas que generan miedo(terror)no solo a perder el cariño de ese adulto pese a que le hace mal, sino también a lastimar a su madre, a romper la familia. Todo esto

genera un sentimiento de que de esa situación no se puede salir. El niño se convence del poder del adulto y de que merece que eso le suceda.

- c. atrapamiento y acomodación: Ante esta situación el niño/ña buscan mecanismos de acomodación
- d. divulgación retrasada, conflictiva, no convincente. cuando se logra vencer el terror, romper el silencio y revelar la situación, en general hace mucho tiempo que ocurre. Las revelaciones suelen ser discursos confusos, pero cargados de angustia, vergüenza y terror.
- e. retracción: el niño comienza a percibir los cambios que provocan en su entorno una vez que revela la situación cambios en la familia, peleas, separaciones, etcétera.

Cuando la situación se conoce comienza un proceso de intervención en que el niño/a es re victimizado. Debe relatar varias veces la situación vivida y dejarse revisar por distintas personas, es muy probable que el niño/a se retracte. (Summit 1983)

Investigaciones académicas abordadas en el presente trabajo se han centrado en mostrar características y secuelas tanto a corto como a largo plazo. Se considera de importancia ya que pueden colaborar a posteriori en el trabajo para la detección y el tratamiento precoz de estas situaciones.

En lo que refiere a las secuelas a corto y largo plazo, Echeburúa et al. (2006), Acosta (2004), Cantón et al. (2008) y Cortés (2010).Acuerdan en que esto depende de tres grandes factores, a saber:

- a) cantidad de tiempo que se produce el abuso
- b) frecuencia con que se produce el abuso
- c) violencia empleada en dichas situaciones

En cuanto a las consecuencias a largo plazo, se puede determinar que son más inciertas, pero que pueden tener que ver con alteraciones a nivel emocional o disfunciones sexuales (Echeburúa et al. 2006; Acosta 2004). Otros estudios de prevalencia realizados en estudiantes universitarios españoles dan datos más precisos respecto de las secuelas. Los autores muestran que aquellas jóvenes que habían sido abusados en su infancia presentan menor autoestima, bajos niveles de asertividad, altos niveles de depresión, ansiedad y actitud vital negativa. En el caso de los hombres que pasaron por dicha situación solo difieren de los no abusados en mayores niveles de ansiedad (Cantón et al. 2008; Cortés 2010).

1 - 4 Políticas de protección

Uruguay en los últimos años actualizó la legislación nacional en concordancia con los acuerdos internacionales que había firmado, como ser la Convención universal

sobre los derechos del niño de 1989. En setiembre del 2004 se crea el Código de la niñez y la adolescencia (ley n° 17.823), en donde se establece claramente el derecho y el deber del Estado de proteger a los niños, niñas y adolescentes en situaciones de maltrato y abuso.

En el 2007 se crea el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), creado a través de un acuerdo de conformación entre el Instituto del Niño y Adolescente de Uruguay (INAU), el Ministerio de Salud Pública, la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), el Ministerio del Interior y el Programa Infamilia del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) siendo rectificado en el 2010. Desde su creación SIPIAV realiza informes de gestión anuales en donde da cuenta de datos referidos a la violencia ejercida hacia NNA.

En el año 2008 se establece la Ley 17.514 de Prevención, Detección Temprana, Atención y Erradicación de la Violencia Doméstica, en donde se manifiesta qué se entiende por violencia doméstica y los tipos, incluyendo a la violencia de adultos referentes contra NNA como forma de violencia doméstica. La importancia de la Ley de Violencia doméstica en relación al maltrato y abuso infantil radica en que, a diferencia del Código de la Niñez y la Adolescencia, esta sí establece medidas cautelares en caso de riesgo del niños, niñas y adolescentes. (UNICEF, 2010).

1 - 5 Cifras reveladoras

De acuerdo con cifras extraídas de estadísticas, Mebarak, Martínez, Sánchez y Lozano (2010) mencionan, retomando lo señalado por la Organización Mundial de Salud, que aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de niños de todo el mundo han sido víctimas de alguna forma de abuso sexual antes de los dieciocho años.

Para el caso de los Estados Unidos se estima que 88.000 niños/as son víctimas anualmente de abuso sexual. (Reflexiones, vol. 92 p 131). Suarez y Gonzales (2003) destacan las estadísticas de frecuencia por edad de abuso sexual, tomando datos aportados por el Departamento de Servicios Humanitarios de los Estados Unidos. Estos señalan que para las edades de 0-3 años alcanzaban un 27.7%, en el rango de 4-7 años un 24.1% de 8-11 años el 22.8%, de 12-15 el 19.5% el 16-17 años el 5.4% y a los 18 años el 0.2 % (Reflexiones, vol 92 p131)

Tanto en Uruguay como en países europeos, el riesgo de abuso es de dos a tres veces más en niñas que niños y la mayoría de los abusos comienza en la infancia, con un promedio de edad de inicio de 8 años y un promedio de edad de finalización entre 10 y 11 años (Cortés 2010).

La mayor parte de los trabajos académicos intentan conformar un perfil de abusador. Según los estudios consultados el abusador es aquel que ejerce su poder jerárquico con intenciones de someter al niño, niña o el adolescente. Son varones en un 95,5% de los casos, y un 44% de ellos son menores de edad. No se puede afirmar que la relación de abuso tenga que exclusivamente con que uno es niño y el otro es adulto, sino que se basa en relaciones jerárquicas de poder, que colocan a uno sobre el otro. Como características principales se encuentra que los abusos son, en general, en la casa de la víctima o en la casa del abusador y que este último es cercano a la familia. En el 50% de los casos la estrategia de engaño es el juego (Acosta 2004; Cortés 2010).

Según un artículo de revisión español publicado en el boletín de la sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León en el año 2005; el ASI tiene una incidencia anual de 0,5 casos por 1.000 niños, y una prevalencia durante la etapa de 0 a 18 años de uno de cada seis chicos y una de cada cuatro chicas.

Los principales resultados que se destacaron en un estudio realizado sobre una muestra de 100 casos llevado a cabo por la Clínica Médico-Forense de Madrid fueron que:

- La mayoría eran abusos crónicos (49%), el abuso con penetración había ocurrido en el 47% y solo en el 11% habían recurrido a la violencia física.
- La mayoría de los agresores eran conocidos de la víctima (62%), el 31% eran familiares y solo el 7% eran desconocidos. Los autores plantean la hipótesis de que la cifra oculta de incestos es mayor que la cifra oculta de agresores conocidos.
- La revelación de la denuncia es en el 58% por narración de la víctima, y en el 39% por la de testigos. En la mitad de los casos pasa más de un año desde el inicio de la situación de abuso hasta la denuncia.
- Después del análisis de la validez de las declaraciones el 79% de los casos son considerados creíbles, el 17% son considerados increíbles y el 4% son considerados indeterminados.
- Las secuelas principales son: emocionales (57%), conductuales (35%), físicas (25%), sociales (17%) y sexuales (8%).

Según un estudio de prevalencia realizado en España entre el 15% y 20% de niños son abusados y eso lo convierte en un problema social que es necesario continuar estudiando y comprendiendo (Echeburúa et al. 2006).

En el año 2007 en el Uruguay cada dos días se denuncia a la Policía en Montevideo una violación "consumada" cuya víctima es un niño o un adolescente. En 2007 fueron 159 casos, según cifras proporcionadas por el Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. En 2006 habían sido 144 casos y el año

anterior 153. Los menores son la mayoría de las víctimas de violación en Montevideo: 62%. En siete de cada diez casos el abuso sexual fue realizado a una niña (72%).

En todo el país las violaciones disminuyeron 4,2% en 2007 respecto al 2006, también de acuerdo a datos del Observatorio. Bajaron 6,8% las consumadas y aumentaron 2,3% las tentativas. Los demás delitos sexuales crecieron 7,2% en el mismo período.

A nivel oficial, el SIPIAV asistió, entre mayo de 2007 y febrero del 2008, a más de 500 niños y adolescentes. Un estudio realizado en 267 de esas actuaciones concluyó que 28% de esos chicos habían sido víctimas de violencia sexual. El 34% eran varones y el resto mujeres. Casi la mitad de las víctimas (48%) tienen entre 6 y 12 años, el 28% entre 13 y 17 años, 14% hasta 5 años y 2% habían cumplido 18 años. Un estudio de los agresores permitió determinar que 85% pertenecían a la familia de los chicos.

La amplia mayoría (79%) de las situaciones de maltrato o abuso fueron diagnosticadas a partir del relato de los propios niños. El resto fueron por sospechas de un tercero (9%) y una mínima porción (1%) por marcas que presentaban los chicos. De los niños atendidos por el sistema oficial que eran víctimas de violencia sexual, el abuso se interrumpió en 91% de los casos. En 3% empeoró y en 6% no se produjeron cambios.

Durante el año 2014 se registraron, en el Sistema de Información para la Infancia (SIPI), un total de 1728 situaciones de violencia hacia niños niñas y adolescentes. Esto representa el registro en el sistema de casi 5 situaciones por día de maltrato y/o ASI y un aumento en el total de situaciones registradas del 31% respecto al año 2013. De las 1728 situaciones registradas en el sistema durante el 2014, se contó con información completa (pasible de ser analizada en mayor profundidad) de un total de 1323 situaciones.

En cuanto a las cifras publicadas por SIPIAV en el año 2014, el 22% corresponde al abuso sexual poco más que un quinto del total. Se visualiza, en relación con 2013, una pequeña disminución del abuso (22% frente a 28%).

En relación al abuso sexual, las tres cuartas partes del total de casos corresponden al sexo femenino. Esto también se mantiene en forma semejante a los dos años anteriores.

Aquí debe señalarse que existiría, de acuerdo a la construcción social de las masculinidades, una mayor dificultad para los varones en reconocerse como víctimas de abuso sexual. (SIPIAV)

El abuso sexual, segundo en prevalencia absoluta, estaría afectando a cerca de 1 de cada 3 adolescentes; 1 de cada 5 escolares, 14% entre 4 y 5 años; 3% hasta los 3 años.

Cabe cuestionarse en qué medida este aumento de las situaciones registradas con la edad obedece a una mayor prevalencia del fenómeno, o, por el contrario, se explicaría por una mejor detección ligada a la posibilidad de revelación por parte de la víctima.

Al analizar la incidencia de la recurrencia según los tipos de violencia, surge que en 6 de cada 10 situaciones de abuso sexual, existe recurrencia de la agresión, frente a 4 episodios únicos.

En cuanto a la cronicidad de las situaciones de violencia registradas, surge que casi 9 de cada 10 situaciones (88%) son detectadas en una fase crónica, lo que aumenta en un punto porcentual su frecuencia en relación a 2013.

Relacionando cronicidad y tipo de violencia, se ve que en casi 4 de cada 5 situaciones de abuso sexual, existió una cronicidad de la agresión. En lo que respecta al sexo de quienes agreden, se evidencia que son en su mayoría varones, 2 de cada 3 agresores. Surge que 36 personas que abusaron sexualmente de un niño, niña o adolescente aún convivían con la víctima.

En cuanto a la edad de quienes agreden, se mantiene la relación existente en años anteriores. Se visualiza que más de la mitad tiene entre 30 y 44 años, más de 1 de cada 5 entre 45 y 59 años, casi 1 de cada 5 entre 18 y 29 años.

El abuso sexual no está ligado con la clase social, esta problemática atraviesa todos los extractos sociales, aunque si existen factores de riesgo como el colecho, viviendas sin diferenciación de espacios, indiscriminación de los vínculos familiares, que propician el abuso sexual en situaciones de pobreza, pero no es una relación causa efecto (Acosta, 2004; de los Campos, et al. 2008).

1 - 6 Abuso sexual Infantil y sistema de Salud

En cuanto a las intervenciones que se realizan ante las situaciones de maltrato y abuso, los estudios muestran que tanto las familias como la justicia tienen efectos para los niños, niñas o adolescentes. Echeburúa et al. (2006) plantea que la familia juega un rol importante en la reducción del impacto, en relación a la victimización y culpabilización que se deposita o no en el niño. Además, se plantea tanto en Europa como en Latinoamérica que exponer la situación de abuso ante la justicia tiene efectos en relación a la re-victimización (Echeburúa et al. 2006; Uribe, 2010).

Al realizar la búsqueda sobre investigaciones que aborden la respuesta del sistema de salud y coordinación interinstitucional se encuentra que los estudios son escasos a nivel internacional e inexistente a nivel nacional.

Magaña, Ramírez y Menéndez estudian el fenómeno desde el punto de vista de la atención del Sistema de Salud, el cual lo realizan en dos etapas, se estudia al ASI como fenómeno clínico, enmarcada en sus expresiones representacionales, conceptuales y culturales además de interrogar a profesionales de instituciones que trabajan con abuso, trazando un itinerario analítico comprensivo de abordaje tanto clínicos como de políticas de intervención desarrolladas. El estudio se realizó en dos cohortes de tiempo 2005-2006 y 2011-2012. Con la finalidad de profundizar el conocimiento de comprensiones y estrategias clínicas que profesional e institucionalmente han abordado al abuso sexual infantil.

Como resultados concluyeron que hay una sobrejudicialización y sobrepatologización del abuso sexual infantil, necesidad de profundizar el trabajo interdisciplinario, dificultades de abordaje individual de reparación y prevención, desasosiego y malestar subjetivo de los profesionales, presencia social y mantención de situaciones de abuso con patrones de género predominantemente autoritarios y devastadores, daño psíquico de víctimas directas e indirectas.

La mayor parte de las investigaciones encontradas se centran en el abordaje del fenómeno desde el punto de vista de la atención no en la respuesta de los prestadores de salud públicos ni privados.

2 - Objetivo general

Describir y analizar la respuesta del sector salud frente a las situaciones de ASI que se presentan en prestadores públicos y privados del departamento de Montevideo.

Objetivos específicos

1. Conocer las opiniones y significado de los equipos de salud a cerca del abuso sexual infantil.
2. Identificar si existe dificultad en la aplicación del protocolo de ASI en los servicios de Salud Pública y privada desde la perspectiva de los equipos de salud.
3. Conocer las percepciones y opiniones de las familias que han transitado por una situación de ASI en referencia a la atención, seguimiento y contención en la aplicación del protocolo de ASI en los servicios de salud.

4. Indagar si existe y en qué consiste la respuesta interinstitucional ante las situaciones de abuso sexual infantil.
5. Analizar si existen diferencias en la respuesta entre los prestadores públicos y privados.

3 – Justificación

El ASI es un problema en Uruguay. Según las últimas cifras aportadas por SIPIAV en el año 2014 se presentaron 1323 casos de los cuales el 22% de ellos corresponden a ASI.

Estos datos incitan a producir conocimiento en torno al tema como forma de poner en evidencia el funcionamiento del sistema de salud y las herramientas con las que cuentan los profesionales que trabajan con esta población.

La investigación intenta aportar al sistema nuevos elementos para la comprensión de los diferentes factores que se relacionan con la problemática del abuso sexual infantil y el abordaje tanto político como institucional.

Se ha encontrado variada bibliografía sobre la epidemiología del ASI (López, 1994; Pereda, 2009), también sobre sus consecuencias (Cantón y Justicia, 2008; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2006), y sobre la credibilidad del testimonio de las víctimas (Cantón y Cortés, 2000; Masip y Garrido, 2007). No obstante es insuficiente la bibliografía existente sobre el rol específico del sector salud como implementador de políticas de detección, atención y seguimiento de los casos de ASI. Por este motivo es pertinente llevar a cabo esta investigación y hacer un aporte acerca de la respuesta del sistema de salud, desde la perspectiva de los implementadores y las familias de las víctimas, analizando la efectividad del protocolo y seguimiento de los casos de abuso sexual infantil.

Se espera que el presente trabajo aporte a la comprensión y sensibilización de un aspecto poco investigado en nuestro país y contribuya a nuevas líneas de problematicidad sobre una temática compleja como es el abuso sexual hacia niñas, niños y adolescentes, desde una perspectiva exploratoria y cualitativa pretendiendo comenzar a elaborar teorías posibles acerca de la que se produce.

4 - Problemas y preguntas de investigación

El ASI es un problema complejo. Actualmente el país cuenta con el SIPIAV que, desde su creación en 2007, viene arrojando datos alarmantes respecto del problema. En cuanto a las cifras publicadas por SIPIAV en el año 2014, 22% de las denuncias corresponde a ASI, poco más que un quinto del total.

En relación al abuso sexual, las tres cuartas partes del total de casos corresponden al sexo femenino. Esto también se mantiene en forma semejante a los dos años anteriores. Relacionando cronicidad y tipo de violencia, se ve que en casi 4 de cada 5 situaciones de abuso sexual, existió una cronicidad de la agresión.

En el año 2009 en nuestro país se diagrama el Mapa de Ruta para la Atención en Situaciones de Maltrato y ASI ejecutado por el Ministerio de Salud Pública, SIPIAV y UNICEF, con la finalidad de contar con un protocolo de acción ante dichas situaciones. Este establece cual es la respuesta que deben dar los equipos de salud frente a estas situaciones. No obstante, en entrevistas preparatorias del proyecto, informantes calificados del sector salud destacaron el bajo número de integrantes de equipos de salud que han accedido a algún tipo de formación específica o que cuenten con herramientas necesarias para abordar las situaciones de ASI. Manifiestan también que hay una importante casuística que denuncia inadecuadas respuestas del sistema. Asimismo, los números del SIPIAV revelen el nulo aporte del sistema de salud en lo que refiere a las denuncias de maltrato y abuso, lo que podría indicar un escaso rol preventivo.

Se considera que tanto los centros de salud en los tres niveles de atención, como los centros educativos, son los lugares propicios para que el Estado desarrolle acciones concretas en relación a esta problemáticas. Sin embargo en Montevideo se cuenta con solo tres equipos de salud integrados por un médico de familia, una psicóloga y una educadora social de INAU, el cual se ocupa específicamente en abordar situaciones de maltrato y ASI.

Esta investigación intenta responder las preguntas que se plantean a continuación con el fin de acercarse a la realidad en cuanto al abordaje por parte del sistema de salud y poder producir conocimiento en relación a las dificultades y fortalezas en situaciones de abuso sexual infantil.

La pregunta central de esta investigación será ¿Cuál es la respuesta de los prestadores de salud pública y privada frente a situaciones de abuso sexual infantil?

Para construir esta respuesta principal se construyeron las siguientes preguntas secundarias:

1. ¿Qué opiniones y significados manejaran los equipos que integran los prestadores de salud tanto público como privado a cerca del abuso sexual infantil?
2. ¿Existen dificultades en la aplicación del protocolo de ASI en los servicios de Salud Pública y Privada desde la perspectiva de los equipos de Salud?

3. ¿Qué percepciones tendrán las familias en referencia a la atención, seguimiento y contención en la aplicación del protocolo de ASI?
4. ¿Existen coordinaciones interinstitucionales ante las situaciones de ASI? ¿En qué consisten?
5. ¿Existe diferencia en la respuesta ante situaciones de ASI entre los prestadores públicos y privados? ¿Cuáles?

5 - Diseño metodológico

Este proyecto se centra en los aspectos subjetivos de los profesionales de salud así como también referentes del grupo familiar de las víctimas en cuanto a la respuesta del sistema de salud ante casos de abuso sexual infantil. Para estudiar esta realidad se requiere un tipo de investigación cualitativa, con alcance descriptivo y analítico, que debe profundizar en las percepciones, creencias y experiencias de los sujetos. Este paradigma supone que el investigador desarrolle el estudio con la menor cantidad de hipótesis y conceptualizaciones posibles, intentando realizar las mismas en el proceso de investigación.

Según Taylor y Bogdan (1987) se entiende por metodología cualitativa “(...) a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p.20)

En la investigación cualitativa la recolección de datos, el análisis y su interpretación surgen del contexto en que se da la investigación, entendiéndose que es la más pertinente para el problema de estudio y los objetivos propuestos. Permitiendo una descripción sobre la realidad subjetiva, social y simbólica. Los estudios cualitativos “dan cuenta de procesos y relaciones sociales; permiten aproximarse a la comprensión del universo de significados que determinados acontecimientos tienen o generan en las personas; contribuyen a la reconstrucción del contexto social histórico y cultural donde adquieran sentido los datos” (López, 2006, p.15)

Se tomarán dos unidades de análisis para dicho proyecto: a) profesionales de ambos sexos que trabajen en instituciones de salud y; b) referentes de los niños víctimas de ASI que estén en proceso de seguimiento por parte de los prestadores de salud pública y privada de la ciudad de Montevideo.

De acuerdo al diseño y la opción metodológica se conformará una muestra intencional teórica (no probabilística), de por los menos 20 sujetos de cada una de las unidades de análisis, y de ser necesario se continuará entrevistando hasta lograr la saturación teórica, según los criterios de la teoría fundamentada. Como criterio de inclusión, para lograr una amplia gama de opiniones, se tomará en cuenta, respecto a

los integrantes de equipo de salud, las siguientes variables: edad, profesión e inserción (público – privado). En lo que refiere a los referentes familiares, y tomando en cuenta la complejidad de la situación que afrontan, sólo se toma en cuenta como criterio de inclusión el estar siendo atendido por un prestador de salud, en seguimiento de una situación de abuso.

El instrumento de recolección de la información será la entrevista en profundidad para las dos unidades de análisis. Se formulará una entrevista para profesionales de prestadores públicos y privados, y otra para referentes familiares. Alonso (2003), esta técnica es especialmente apropiada para “obtener información de carácter pragmático, es decir, de cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales”(p.72).

Para completar la investigación se prevén las siguientes etapas:

a) Realizar una revisión teórica y documental de lo producido por el Ministerio de Salud Pública tanto en el ámbito de atención pública como privado si existiese. Con la finalidad de comparar y enfrentar distintos abordajes y herramientas que puedan aportar una visión global sin perder la subjetividad característica de la investigación.

b) La segunda etapa del trabajo de campo consiste en la realización de entrevistas en profundidad semiestructuradas. Se considera necesaria la entrevista en profundidad ya que a través de estas se lograra una aproximación a las concepciones buscadas, resultando pertinente ya que favorece el clima de privacidad y confianza en una temática tan oscura como la que aborda este trabajo.

Para acceder a la población con la cual se pretende trabajar se tomaran diferentes caminos: con respecto a los prestadores de salud pública, se tomara contacto con policlínica barriales como así también con el Hospital Pereira Roussell. La disposición de algunos de estos centros a apoyar la investigación ya fue indagada y existe apertura para concretarla. Respecto a los prestadores de salud privados se acudiría directamente a instituciones.

En cuanto a los referentes familiares se contactaran a través de autorizaciones del personal de salud utilizando tiempo luego de consultas agendadas. Se tomará también contacto con organizaciones expertas en la atención al ASI que puedan poner a los investigadores en contacto con familias que estén siendo atendidos.

6 - Consideraciones éticas

En lo que respecta a las consideraciones éticas pertinentes para la realización del presente proyecto de investigación, este se enmarca en el Decreto N° 379/008, promovido en el año 2008, el cual establece los reparos necesarios para la

investigación en seres humanos. Basándonos en lo antedicho, se procederá a concurrir a prestadores de salud públicos y privados, así también se realizarán entrevistas a referentes familiares de víctimas de abuso sexual infantil solicitando la participación voluntaria de las mismas. Posterior a esto, se solicitará el consentimiento informado a cada participante, donde se especifique con claridad la finalidad del proyecto de investigación, así como la de su participación en este, la que puede ser suspendida por parte del mismo si así lo considera pertinente. Se aclarará el carácter confidencial de la información, así como la preservación de su identidad. Se deberá especificar a su vez, que de lo trabajado en las entrevistas, quedará a consideración de cada participante el manejo de la información expuesta, excediendo las posibilidades de los responsables del proyecto de garantizar confidencialidad de lo que el resto de los partícipes realice una vez terminada la misma. La autorización aclarará a su vez, la posibilidad de que el material sea conservado, así como las entrevistas grabadas, y desgrabadas, sin exponer la identidad de los participantes.

7 - Cronograma

| Actividades | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | Mes 5 | Mes 6 | Mes 7 | Mes 8 | Mes 9 | Mes 10 | Mes 11 | Mes 12 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Profundización de la lectura conceptual y ampliación del marco teórico. Resultados: Marco teórico elaborado. | X | | | | | | | | | | | |
| Elaboración y ensayo preliminar de los instrumentos para el trabajo de campo, pautas para entrevistas en profundidad y consentimientos informados. Resultados: Instrumentos elaborados y probados | | X | | | | | | | | | | |
| Identificación y captación de los sujetos de estudio. Resultados: Sujetos de estudio captados. | | X | X | | | | | | | | | |
| Aplicación y realización de las entrevistas en profundidad a profesionales y familiares de víctimas de ASI. Resultados: Grabación y documentación escrita de las entrevistas realizadas. | | X | X | X | X | | | | | | | |
| Desgrabación y registro escrito de las entrevistas. Resultado: Registro escrito realizado. | | X | X | X | X | X | X | X | | | | |
| Categorización de la información. Resultados: Categorización de la información para el análisis. | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | |
| Análisis de la información. Resultados: Análisis de la información realizada y sistematizada para el informe. | | | | | | | | X | X | X | | |
| Elaboración de informe con conclusiones de acuerdo a los resultados obtenidos. Resultado: Informe realizado | | | | | | | | | | X | X | |
| Mesa de intercambio con prestadores de salud pública y privada así como con tomadores de decisiones del ámbito de políticas de Salud. Resultados: Investigación, divulgada y discutida. | | | | | | | | | | | | X |

Referencias bibliográficas

- Acosta, N. (2004) *Y entonces... ¿qué pasa con la prevención del abuso sexual infantil?* Archivos hispanoamericanos de sexología. V X N°1 2004.
- *Advocacy, Construcción de redes y formación .Informe sobre el Programa de Sensibilización y Prevención del abuso sexual infantil (1998-2004) de Save the Children España.*

Recuperadode:https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/buenas_practicas_abuso_sexual_0.pdf

- Alvarez, M; Cabezas, S.; Chouhy, p.; Speranza, V & Torres, D. (2014) *Estrategias de abordaje de la violencia intrafamiliar: un análisis del territorio de Punta de Rieles. Informe final CSIC. Montevideo: s/d*
- Alonso, L. (2003). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Madrid: Fundamentos.*
- Arroyo, A., De Armas, G., Retamoso, A., Vernazza, L. (2012) *Observatorio de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Uruguay 2012. Montevideo: UNICEF Uruguay. Recuperado de <http://www.unicef.org/uruguay/spanish/observatorio-2012-web20121030.pdf>*
- Asili P y Pinzón L. (2003). *Percepción de los estilos parentales y bienestar psicológico. Revista Psicología y Salud, Vol. 2 N°12pp. 215-227.*
- Barudy Labrin. *EL dolor invisible de la infancia: una lectura eco sistemática del maltrato infantil. Paidós Ibérica 1998*
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Barcelona, Paidós*

- Butchart, A, Furnis, T, Mian, M, Phinney, A (2009) *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*. OMS
- Cantón, D y Justicia, F (2008) *Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo*. *Psicothema* Vol. 20 N°4.
Recuperado en:
<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8689>
- Cortés, M, Cantón, J, Cantón, D (2010) *Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas*. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200013
- Echeburúa. E y de Corral. P (2006) *Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en infancia Cuaderno de Medicina Forense*. Recuperado de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
- Echeburúa y Guerricaechevarria Cristina (2011) *Tratamiento Psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador*; revista *Behavioral Psychology*, 19(2), 2011,469-486.
- Fuentes, G (2012) *Abuso sexual infantil intrafamiliar. El abordaje desde el trabajo social y la necesidad de una mirada interdisciplinaria*. Revista *Margen* N°64.
Recuperado en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974251>
- Fuster, E; Musitu ochoa, G (1993) *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*, Madrid, Ministerio de asuntos sociales.
Recuperado de:<http://www.psicothema.com/pdf/989.pdf>
- Gambarte, P. (2012) *Violencia infantil intrafamiliar. Un estudio de casos acerca de las características que asume el habitus de niños en situación de maltrato infantil Intrafamiliar desde el Trabajo Social*. Revista *Margen* n° 65.
Recuperado de: <http://www.margen.org/suscri/margen65/gambarte.pdf>

- Giorgi, V. (2003) *La perspectiva ética ante las transformaciones sociales y culturales en Latinoamérica. Anales del 12 Congreso de ALAR – Montevideo.*
- Iñiguez, & Antaki, (1994) *El análisis del discurso en Psicología Social. Boletín de Psicología N°44, pp. 57-75. Recuperado de: [http://www.academia.edu/1271071/El analisis del discurso en Psicología social](http://www.academia.edu/1271071/El_analisis_del_discurso_en_Psicologia_social)*
- López, A. (coord.).(2006).*Proyecto: género y generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población Uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I.Montevideo: Trilce.*
- López Sánchez (1996).*Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan los mayores.Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.*
- López Sánchez (1999).*La inocencia rota. Abusos sexuales a menores.Barcelona: Oceano Grupo Editorial.*
- Mabarak, Martínez Sánchez y Lozano (2010)"Una revisión acerca de la Sintomatología del abuso sexual infantil". *Psicología desde el Caribe, Universidad del Norte de Colombia,nº, 25 enero-junio 2010 p.128-154.Recuperadode:http://redalyc.uamex.mx/src/inicio/artpdf.jsp?cve-21315106007*
- Mac Millan., H.L. (1998) *Child abuse: Acommunity problema. Canadian Medical Association Journal.*
- Magaña, Ramírez y Méndez (2014).*Terapia Psicologica, vol32.133-142.Abuso sexual infantil: Comprensión y Representaciones clínicas desde las prácticas de Salud Mental.*
- *Maltrato infantil. Actuación en urgencias, en: Asociación Española de Pediatría, diagnósticos y terapéuticas en Pediatría, Reumatología, Urgencias, 2002.*

- Masip, Garrido (2000) "La evaluación de la credibilidad del testimonio en contextos judiciales a partir de indicadores conductuales". *Anuario de Psicología Jurídica*.cop, 2000, p93-131.
 - Mazadiego, T (2005) *Detección de maltrato infantil en una muestra de escuelas primarias*.
Revista Enseñanza e Investigación en Psicología, Vol. 10, núm.2, julio-diciembre, 2005, pp.281-293, México Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29210205>
- Moreno,J.M(2002).*Maltrato infantil:teoría e investigación*. (pp. 21-46)
- Naciones Unidas. Asamblea general (1989) *Convención de los derechos del Niño*. Recuperado de
<http://www.unicef.org/argentina/spanish/7.Convencionsobrelosderechos.pdf>
 - Observatorio Nacional sobre violencia y Criminalidad, Ministerio del Interior, PNUD, 2008.*Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas*, Montevideo.
 - Pinheiro, Paulo Sergioa (2005) *acabar con la violencia contra niños/as y adolescentes estudio general de naciones unidas recuperado de:*
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-12942009000300004
 - Pereda, N (2009).*Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil*. *Papeles de Psicólogo*, Vol. 30, N°2, pp.3-13.
 - Prieto, E (2005) *El abuso sexual y otras formas de maltrato infantil. La promoción de programas de prevención en el ámbito comunitario basados en la construcción y fortalecimiento de las redes interdisciplinarias de trabajo*. *Revista Psicología Evolutiva*, vol. 10 N°2.

- *Protocolo de intervención para situaciones de violencia hacia niños/as y adolescentes, INAU-SIPIAV, 2007.*
- *Ravazolla, María Cristina (1999): Historias Infames: los maltratos en las relaciones, Buenos Aires, Paidós, 1999.*
- *Redondo Figuero.C, Otero.MR (2005).Revista Bol Pediatr Vol. 30 N°16.*
- *SIPI-INAU (2014) INAU en Cifras 2014. INAU*
- *Suarez y Gonzales (2003)"Estadísticas y trascendencia de la violencia en menores". Cuaderno de Medicina Forense.n° 32.Sevilla.*
- *Summit, Roland (1983) The child sexual abuse accomodation syndrome, em Child abuse and Neglect, n°7, New Haven, Elsevier, PP.177-193.*
- *Taylor, S.J. Bogdan, R. (1987).Introducción a los métodos cualitativos de investigacion.La búsqueda de significados. Madrid: Paidós.*
- *Unicef(2009).Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud 2009*
- *Uribe, N (2010) Abuso sexual y administración de la justicia en Colombia. Reflexiones desde la Psicología clínica y forense. Revista Pensamiento Psicológico, Vol. 9 N°16 pp.183-202*
- *Uruguay. Poder Legislativo (2004). Código de la niñez y la adolescencia de la República Oriental del Uruguay, Ley número 17823 del 7 de setiembre.*
- *Uruguay. Poder Legislativo. (2008). Ley 17.514: Violencia doméstica.D.O.9 jul. /002_N° 26045.*
- *Uruguay. Poder Legislativo.(2004).Ley 17815 de violencia sexual comercial o no comercial cometida contra niños adolescentes o incapaces*

- *Uruguay. Poder Legislativo(2007).Ley 17814 Ley 17814 integridad personal de niños niñas o adolescentes*

