

EDITORIAL.**Maltrato Infantil: una realidad en África.****Infant abuse. A reality in Africa.**

Dr. Roberto Baños García.

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Coordinador del grupo de Gestión de la Información. Dirección Provincial de Salud.

A PROPOSITO DEL 20 DE NOVIEMBRE, DIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS, DECRETADO POR NACIONES UNIDAS

Salir a trabajar fuera de Cuba obliga a los profesionales a despertar intereses investigativos en temas y escenarios diferentes. Aterrizar en Windhoek, capital de Namibia, es un reto lleno de incertidumbre; empezar a conocer ese continente, en medio de una ciudad de antiguas construcciones alemanas, es una paradoja. Allí amanece cada día la pobreza y la riqueza, lo posible y lo imposible, la verdad y la mentira, el negro y el blanco, lo bello y lo triste. Hasta la luna y el sol, que frecuentemente por espacio de dos horas al día permanecen frente a frente, tratan de alumbrar la vida de aquellos para quienes ser médico cubano significa un aliento. África pudiera ser el continente más necesitado de reflexiones científicas que le sirvan de herramientas de trabajo para mejorar la calidad de vida y el estado de salud de su población. Sirvan estas reflexiones para ayudar a tales propósitos.

“Katutura Health Centre”, es el centro asistencial rector de la atención médica a nivel primario de la capital, al cual tributan ocho clínicas ubicadas en varios asentamientos poblacionales, por las que rotan los médicos cubanos. En nuestra labor atendimos pacientes nativos de varias étnias, cada uno con su lengua y características higiénico-sanitarias-alimentarias diferentes. Los más comunes son los “Hereros”.

Para todos los médicos del equipo de trabajo, procedentes de Rusia, Ruanda, Angola, Tanzania, Sudáfrica y Bangladesh, sin importar política, cultura y religión, hubo un tema al cual le prestamos siempre una atención diferenciada:

LA VIDA DEL NIÑO.

El modelo de Atención Primaria de Salud y su infraestructura rígida y poco receptiva ante nuestras opiniones, nos permitió emplear el método clínico principalmente. El abordaje al individuo como parte de una familia resultó difícil por razones económicas y de percepción de la salud y la vida de los habitantes.

No obstante, para ser lo más integrales posible, en medio de ese enfoque de razonamiento, y en consultas que sobrepasaban los 60 pacientes a diario, siempre estuvimos pendientes de la salud de la población, por lo que nos estremecieron las caras inocentes de niñas que habían sufrido abuso sexual y que acudían a consulta cuando tenían dinero para ello con suma naturalidad, como si el motivo fuera el mismo con el que un niño cubano acude a una consulta de puericultura en nuestro país.

En las investigaciones científicas como parte del Programa Integral de Salud, el abuso sexual en niñas y niños resultó nuestro tema de estudio por espacio de dos años, teniendo como objetivo principal caracterizar los menores de 15 años que acudieron a nuestra consulta como víctimas de esta forma específica del comportamiento del maltrato infantil.

El abuso sexual infantil es un contacto sexual de cualquier clase (sodomía, exposición visual, sexo oral, acariciamiento, conversaciones, insinuaciones, comercio sexual, etc) con un niño(a) menor de 18 años, por parte de un adulto (familiar o no) que representa una figura de autoridad, incluyendo la excitación y satisfacción sexuales de esa figura adulta. Puede ser de varios tipos: incesto, violación, vejación sexual y abuso sexual sin contacto físico (1,2). Es una forma activa de malos tratos a la infancia.

Recibido: 26 de diciembre de 2003

Aprobado: 3 de febrero de 2004

Correspondencia:

Dr. Roberto Baños García.

En nuestra casuística fueron identificadas 86 niñas víctimas, en las que estaban presentes factores de riesgo que evidencian la naturaleza multicausal del problema: padres jóvenes, hacinamiento, promiscuidad familiar, la pobreza, marginación, aislamiento, violencia intrafamiliar, droga, alcoholismo y carencia de red de apoyo social, entre otros.

Durante el ejercicio profesional aplicamos una encuesta a cada caso, en la que recogimos aspectos relacionados con el sexo, motivo de consulta, interrogatorio, persona que acompañaba al infante y características encontradas al examen físico. Este proceso siempre fue desarrollado delante de las enfermeras que tradicionalmente nos traducían de sus lenguas de orígenes al inglés.

En el proceso de interrogatorio constatamos que por lo general eran niñas que nunca hablaban, se mostraban tímidas y rechazaban el contacto con el adulto.

Un 87 % de ellas venían acompañadas de un hombre que no era su padre y que en la mayoría de los casos decía ser un familiar sin parentesco aclarado, procedente de los lugares donde aparentemente custodian a estas niñas para que sus padres trabajen, lo que es muy usual en este tipo de población de bajos ingresos.

Nunca recibimos un varón, todas fueron niñas, un 48 % entre las edades de 6 a 10 años y un 40 % entre las edades de 3 a 5 años, (faltan las edades de un 12 %). El motivo de consulta en un 75 % fue secreción y prurito genital, el otro 25 % fueron detectadas durante el examen físico por otros motivos incluyendo el ardor a la micción y algunas madres con sus propias sospechas.

Durante el examen físico, en todas observamos, mediante una sencilla exploración de sus genitales externos, que mostraban claramente la vagina abierta. A nuestro juicio, de las 86 que atendimos, solo 5 eran violaciones recientes, ya que vinieron acompañadas de sangrado y excoriaciones junto a los signos de inflamación local por manipulaciones. El resto, con sus determinadas dolencias, eran niñas que ya habían pasado por esa situación en otro momento.

No solo bastaba esta huella, también un 83 % del total de la muestra eran portadoras de clamidia, gonococo, leucorrea inespecífica, condilomatosis y en solo dos casos un chancro sifilítico. Nos llamó la atención que solo un 31 % de ellas mostraron miedo a la exploración; el resto, a pesar de sus cortas edades, adoptaban la posición ginecológica como algo común.

Nos ayudó en nuestro trabajo la existencia de un departamento en el Hospital Estatal Central, atendido por determinados profesionales a los que remitimos estos casos como estrategia del sistema. Por cuestiones éticas y legales en el manejo de la información no pudimos dar continuidad al trabajo en el segundo nivel de atención.

Estos resultados motivaron nuestras reflexiones.

La dimensión social de la sexualidad es determinante de

la direccionalidad sexual futura a través de la educación y la índole cultural en que el niño se desenvuelve. Sobre ello existe un acuerdo unánime. El terreno psicobiológico sobre el que actúa el contexto es maleable y modificable. La influencia externa es incuestionable (3). Sin lugar a dudas, esta influencia juega un importante papel como un elemento causal del triste fenómeno expuesto por nosotros. Allí comentan los nativos que el "médico brujo" como le llaman al curandero, le recomienda a los hombres tener relaciones sexuales con niñas para no contraer el SIDA.

Revisando la literatura nos damos cuenta que los victimarios actúan en un 40 % en niñas en las edades donde normalmente empieza el "complejo de Edipo", comienza la identificación con el rol sexual, verbalizan la diferenciación de los sexos, existe curiosidad, preguntas, investigaciones sobre temas sexuales y acentúan su femineidad; un 48 % lo hace en el llamado "período de latencia" donde ciertamente los intereses sexuales están "dormidos" pero pueden aparecer los "romances", "historias", sujeto a influencias culturales, religiosas y familiares, aparecen grandes admiraciones hacia figuras educativas y de autoridad. En ambas etapas la cultura adquiere un peso importante para las conductas sexuales futuras.

Estos dos períodos son de vital importancia para el desarrollo bio-psico-social del niño. En estos casos, además, son niñas que proceden de familias donde la postura femenina en todo momento es sumisa, sin criterios y tienen como raíces el apartheid, la discriminación y muchos otros fenómenos sociales.

A pesar de todo, consideramos que no existe una cultura totalmente permisiva en cuanto a la sexualidad infantil, allí existe la actitud "restrictiva" y también la "represiva" de la sexualidad del niño, lo que a nuestro modo de ver está en relación con la subculturalización y la religión. No olvidemos que dentro de unos años, estas niñas serán las adolescentes, para las cuales este hecho puede tener consecuencias de una u otra índole, en la medida en que el nivel de la conciencia de los hombres de algunas étnias lo vayan considerando "normal" como lo es para ellos también, padecer de SIDA, morir y encontrarse en una nueva vida.

Por tanto, el desafío actual es saber que en ese continente se están gestando paradigmas de niñas que pueden considerarse un objeto, en medio de una personalidad que está en formación, víctimas de personas en las que el abuso sexual se convierte en una adicción. Allí se está comprometiendo el futuro sexual de esas niñas y adolescentes, quienes seguirán pariendo por instinto en lugares vulnerables a pandemias o epidemias que conducen a la disminución de la población: ESTO ES UN PROBLEMA DE TODA LA HUMANIDAD; AFRICA DESAPARECE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Alvarez L, Otxotorena JP. La Infancia maltratada: Contenidos psicopatológicos. Psicopatología del niño y el adolescente. Manuales Universitarios 2003;31 (2):13
2. Pedreira Massa J. Psicopatología y trastornos de la sexualidad en la Infancia. Psicopatología del niño y el adolescente. Manuales Universitarios 2002; 31 (1):625.
3. Rodríguez Sacristán J. La experiencia sexual infantil: aspectos evolutivos. Psicopatología del niño y el adolescente. Sevilla; Manuales Universitarios 2002; 31 (1): 617.