



## Indicadores Clínicos de Abuso Sexual Infantil en las Producciones Gráficas\*

[Indicadores Clínicos de Abuso Sexual Infantil nas Produções Gráficas]

MARCELO DELLA MORA<sup>1</sup>

### Resumen

*Se describen algunos indicadores psicológicos de abuso sexual infantil en dibujos y otras producciones gráficas. Asimismo, se analizan algunas consecuencias psicológicas asociadas a la experiencia de abuso sexual infantil, y los síntomas más característicos que habitualmente manifiesta este tipo de víctimas. Se sugiere, finalmente, que los profesionales conozcan en profundidad esta compleja problemática tanto para una pronta detección de casos, como para una efectiva intervención y una eficiente derivación.*

**Palabras clave:** abuso sexual; infancia; indicadores clínicos; dibujos; producción gráfica.

### Introducción

El abuso sexual – objeto de estudio de diferentes ciencias sociales, de la salud en general y de la salud mental en particular – es un problema complejo – debido a la ingente cantidad de variables que se entrecruzan – que en los últimos años ha sido reconocido a nivel

---

\* Versión aumentada del trabajo homónimo presentado en las III Jornadas de Concurrentes de Psiquiatría y Psicología Clínica: «La clínica de ayer, hoy y mañana», Hospital Neuropsiquiátrico Brulio Moyano, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

<sup>1</sup> Psicólogo y epidemiólogo (Universidad de Buenos Aires, Argentina). Profesor Asociado, Universidad John Kennedy (Argentina). E-mail: [marcelo.dellamora@gmail.com](mailto:marcelo.dellamora@gmail.com); [inv.mdellamora@kennedy.edu.ar](mailto:inv.mdellamora@kennedy.edu.ar).



mundial y se ha convertido en un tema de preocupación creciente para la salud pública y para el marco legislativo y judicial (Nannini, & Perrone, 1997).

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS; *World Health Organization*, WHO; cit. por Intebi, 2011, p.17), «se considera Abuso Sexual Infantil (ASI) a involucrar a un niño/a en actividades sexuales que no llega a comprender totalmente, a las cuales no está en condiciones de dar consentimiento informado, o para las cuales está evolutivamente inmaduro/a y tampoco puede dar consentimiento, o en actividades sexuales que trasgreden las leyes o las restricciones sociales; el abuso sexual infantil se manifiesta en actividades entre un/a niño/a y un/a adulto/a, o entre un/a niño/a y otra persona que, por su edad o por su desarrollo, se encuentra en posición de responsabilidad, confianza o poder; estas actividades – cuyo fin es gratificar o satisfacer las necesidades de la otra persona – abarcan pero no se limitan a: la inducción a que un/a niño/a se involucre en cualquier tipo de actividad sexual ilegal, la explotación de niños/as a través de la prostitución o de otras formas de prácticas sexuales ilegales y la explotación de niños/as en la producción de materiales y exhibiciones pornográficas». Esta definición es consistente con otros documentos de la citada entidad, por ejemplo: OMS (2006), Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000, 2009), entre otros.

Desde el punto de vista jurídico-forense el ASI constituye un delito contra la integridad sexual (Neuman, 1984; Donna, 2005). El acoso, hostigamiento o asedio sexual es novísimo en su tratamiento legal. Viejísimo, en cambio, desde el punto de vista de su ocurrencia. El robustecimiento de los Derechos Humanos como doctrina social y política permitió una mayor toma de conciencia sobre el antiguo problema del acoso sexual que victimizó a una incalculable cantidad de individuos desde siempre, en todo el mundo. La literatura científica reporta que más de la mitad de los casos denunciados – no siempre judicializados – ocurren en el ámbito intrafamiliar y transgeneracional (Grande, 2008).

Desde el punto de vista clínico el ASI es una irrupción de la sexualidad de un sujeto sobre otro menor en edad, fuerza o jerarquía; lo cual constituye un violentamiento de los acúmulos de la energía vital que un sujeto dispone para *estar-en-el-mundo* (Intebi, 2011). El término *clínico* deriva de “*linikós*” y a su vez de “*kliné*”, que en griego significa “*de la cama*”, aludiendo a la tradición del médico de cabecera quien sentándose al lado de la cama orientaba el tratamiento del paciente (Laplanche, & Pontalis, 2004). Este vocablo refiere,



asimismo, a la concepción hipocrática del hombre: cuerpo, mente y alma como un todo holístico.

Clínicamente es posible evaluar la dimensión traumática de una experiencia vinculada con el abuso sexual acaecida durante la niñez y/o juventud, y al mismo tiempo acompañar a alguien que ha sufrido una herida en su psiquismo porque ha sido violentado en su *estar-en-el-mundo*, con su energía, con su libido, con su narcisismo de vida, de manera tal que pueda volver a catectizar los objetos del mundo interno y externo con los cuales se relaciona, deviniendo una intervención terapéutica. Etimológicamente, *terapéutico* (“θεραπευτικός”, de *terapeuta*) viene de “*terapos*” y de “*θεράπων*” (*therápon*) que en griego significa “*el que acompaña*” (Laplanche, & Pontalis, 2004). El “*therápon*” homérico designa al compañero del guerrero, su escudero. Patroclo, por ejemplo, era el “*therápon*” de Aquiles, y Merion el de Idomeneu. Durante la época clásica, se designaba así al criado. El postverbal “*therapeúein*” significa “cumplir las funciones de *therápon*”, implicando todas ellas algún tipo de cuidado, siendo solo uno – entre los varios posibles – el prodigado a un enfermo; de ahí su significado de cuidar, asistir, atender. Sin embargo, el derivado “*therapeía*” (servicio, cuidado) acabó refiriéndose tanto a los cuidados para mantener como restaurar la salud (De Mause, 1974; González, 2010).

El ASI tiene una construcción psicopatológica específica. Para Sigmund Freud (1856-1939) y también para Wilhelm Reich (1897-1957) – uno de sus más fieles discípulos y acérrimo defensor de la teoría de la libido – existen dos tópicos que confrontan al ser humano con preguntas filosóficas existenciales: *¿de dónde venimos?* (la sexualidad) y *¿hacia dónde vamos?* (la muerte). Para estos autores la sexualidad humana es traumática, endógena, es decir que el trauma (herida) se produce por un movimiento pulsional endógeno (Benyakar, 2003).

De la correcta *diagnosis*<sup>2</sup> depende la prognosis, la prevención y el tratamiento. Parece una fórmula simple, sin embargo vale la pena destacar que el profesional de la salud mental es instrumento de su propia práctica, por lo que resulta de fundamental importancia tanto el análisis personal como el análisis de control y el estudio del caso. Para evaluar, valorar y validar (o refutar) el evento (experiencia de abuso) se apela fundamentalmente a la escucha, pero también a la observación. En muchas oportunidades, la revelación por parte del niño o adolescente de haber sido objeto de abusos sexuales no surge espontáneamente, aún cuando

<sup>2</sup> *diag-* (a través de), y *gnosis* (conocimiento): discernir, distinguir, reconocer a partir de indicadores observables.



existan datos confirmatorios (Intebi, 2011). Hay que tener en cuenta en qué momento del desarrollo evolutivo psicosexual ocurrió dicho episodio: niñez, pubertad o adolescencia.

La sexualidad humana presenta dos grandes florecimientos interrumpidos por un período de aparente reposo de la sexualidad llamado período de latencia. El período de latencia no es un período de asexualidad, sino que gran parte de la energía psíquica sexual, la libido, puede derivarse hacia otros fines no flagrantemente sexuales, por ejemplo: estudiar (Schwartz, & Della Mora, 2013). En los seres sexuados no existe un fenómeno así, en todas las especies una vez que se produce la maduración sexual ésta continúa hasta llegar a su total desarrollo; después declinará naturalmente, pero de ninguna manera se interrumpe el desarrollo sexual. Esto solamente sucede en la especie humana y no tiene que ver con el cuerpo animal de los hombres sino con el cuerpo cultural, el hecho de que la sexualidad se interrumpe es producto de un expediente cultural que es el Complejo de Edipo y su corolario: el Complejo de Castración. Este expediente cultural inaugura lo que se denomina período de latencia, y dura unos años de la infancia y es interrumpido por el florecimiento gonadal de la pubertad (Green, 1999).

Freud (1976) atribuyó ciertas perturbaciones psíquicas de la sexualidad a la ausencia de conjugación entre dos corrientes de la libido: la corriente tierna y la corriente sensual. La primera, que es la más antigua, corresponde a la elección de objeto infantil, primaria. Se acrecienta con el aporte de pulsiones sexuales que en su origen son investiduras eróticas formadas en la modalidad del apuntalamiento. En cambio, la segunda, aparece en la pubertad, no desconoce sus metas; y sigue las vías creadas por las corrientes que le preexistieron.

### **Acerca del Trauma Psíquico**

En la mayoría de los casos el abusador perpetra los modos de abordaje de su víctima hasta llegar a un punto donde borra la referencia que puede tomar toda persona hacia otro, anula la función de alteridad, se produce un socavamiento subjetivo homologable a un “secuestro subjetivo” gradual, como la gota que horada la piedra. La víctima es hablada por otro, por lo que a veces no puede hablar, otras veces habla de manera entrecortada: “*no estoy seguro de que haya sucedido*”. Se trata de una intrusión progresiva, insidiosa y sin precedentes de actos sexuales llevados a cabo por alguien investido de poder en una relación unívoca agresor → víctima (Benyakar, 2003).



El abuso sexual puede – inclusive – ser cometido por un menor de edad (menor de dieciocho años), cuando está en una posición de diferencia jerárquica (poder, confianza o responsabilidad), o cuando es significativamente mayor que la víctima. Winnicott (1995, p.53) dice que «se quebranta la ética del cuidado, de la intimidad, y se aniquila la inocencia del desarrollo psicosexual, destruyendo la continuidad existencial». Por su parte, Ferenczi (1984) enfatiza en el trauma como la imposición al sujeto por distintos medios de violencia de una realidad psíquica ajena, desconociendo sus propias necesidades, sentimientos y percepciones; la imposición de la desmentida por el Otro significativo es un elemento esencial en este desconocimiento. Por ello alerta constantemente al analista que desconoce la realidad del trauma, sobre la posibilidad de repetir este ataque a la percepción del sujeto y volver a traumatizarlo. También señala que la no investidura del sujeto puede ponerse en acto en la relación analítica.

Una de las consecuencias del trauma es que se produce una pérdida de confianza en uno mismo, en los demás y en el mundo (Giberti, 2005). Cuanto más dañada queda esta confianza, si el trauma es repetido, prolongado y proviene de aquellos en los que más se debería poder confiar, mayor será la perturbación psíquica.

¿Cómo se elabora un evento traumático? Para no repetir es necesario elaborar, y para elaborar hay que recordar. La repetición puede manifestarse clínicamente – en algunos casos – como voz pasiva de la pulsión: “*ser abusado*”, ofrecerse para ser abusado en la cotidianidad (no exclusivamente sexual) en otras oportunidades se escucha la variante de actuar activamente lo sufrido pasivamente; “*ser abusador*”, abusarse de, aprovecharse de (algo o alguien). Conviene recordar que *abusar*: preposición *ab-*, denota exceso, y verbo *usare*, servirse de, quiere decir usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente algo (o alguien); también significa uso indebido, hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menor experiencia, fuerza o poder.

El abuso supone siempre una diferencia jerárquica, se asocia con el poder y el modo de ejercerlo. La subordinación se suele adjetivar en los controles formales e informales del poder que incluyen la familia, la escuela y los medios masivos de comunicación. Estímulos incitantes y excitantes, intensos y extensos, que promueven el uso y abuso de todo lo que puede – y debe – ser consumido, para luego castigar las conductas impropias. A este mecanismo se lo conoce como *sexualidad represora* que nada tiene que ver con la moral, sino más bien con una doble moral; mientras la moral otorga lealtad a las normas sociales y



hábitos de pensamiento, la doble moral se basa en el prejuicio, la discriminación y la desinformación que, potenciados por la ignorancia, puede ser letal (Sacroisky, 2007; Grande, 2008).

Uno de los aspectos a tener en cuenta en casos de abuso sexual es el *secreto* en el que el evento transcurre, que generalmente orienta a la víctima a percibir que algo malo y peligroso está sucediendo. La mayoría de las víctimas reconoce que no lo ha contado a nadie por haber temido que se les culpara por lo sucedido o para impedir la represalia del agresor. No hay que olvidar que en toda situación traumática el aparato psíquico se inunda de una *energía tóxica* que lo vulnera, y se vulnera la capacidad de establecer una transferencia (Benyakar, 2003). Llama la atención la presentación de las víctimas con un halo de inanidad, vacuas, como si no hubiera nada que hacer, nada que decir, dicen cosas aberrantes sin emoción, desafectivizados.

### **La Producción Gráfica, un Lenguaje Inconsciente**

Sobre la base de la *entrevista única* propuesta por Winnicott (1990), que es específica y sensible, me pareció atinado adaptarla y adoptarla como modelo de abordaje clínico (diagnóstico y terapéutico) en los casos relacionados con ASI, ya que de su arte depende la eventual revelación de los hechos. El dato *princeps* de la entrevista es el relato; el relato se basa en la memoria y esta última depende – siempre – de la percepción y de la concentración del foco atencional. Hay que tener en cuenta ciertas disociaciones perceptivas, por ejemplo: ver y no hablar, oír y no ver, sentir y no decir, etc.. Cabe señalar, asimismo, que las eventuales verbalizaciones no siempre coinciden con el material o contenido gráfico; en muchas ocasiones es antitético y opuesto, comportándose a la manera del contenido del sueño y su elaboración secundaria a través del relato posterior.

Otro de los tantos e interesantes aportes de Winnicott (1991) es el *juego del garabato*. Desde la perspectiva del autor, el garabato más que un juego es un interjuego entre el analista y el paciente. En ese sentido es terapéutico por sí solo. El garabato es lenguaje, lenguaje de la historia y la prehistoria personal, de su ambiente cotidiano, de sus síntomas, de sus silencios, de su entorno facilitador y también desorganizador. Trazos apenas esbozados en un trozo de papel despliegan el mundo interno, a la manera de un objeto transicional en un espacio potencial de juego. El objeto dibujado nunca es fortuito. Los “*squiggles*” no son trazos figurativos, pero tan pronto como el analista *capta* lo no dicho, la metacomunicación unívoca



deviene comunicación biunívoca, *feedback*. Esa potencialidad lúdica permite la *ex*-presión del mundo interno y todo cuanto a él se encuentra condensado y ligado. Podrá advertirse que el juego es siempre potencial, su despliegue depende del interjuego entre quien juega y el contrajuego del analista; si uno de los extremos falta, el juego se desvanece. Ese espacio potencial de juego es el mismo que posibilita tanto el análisis como la transferencia y la creatividad.

El dibujo es un *fort-da*, un intento de pasar al activo un pesar del no dominio pasivo. En todas las producciones gráficas hay que considerar un contenido latente, incluso en las libres y espontáneas. El contenido latente está constituido por la acción psicomotriz, la representación mental y el relato verbal. En ese sentido podemos decir que la producción gráfica es en sí misma un lenguaje, es acción, imagen y juego (“*play*”) en un espacio-tiempo transferencial. En inglés hay dos palabras para nombrar aquello que nosotros sólo podemos decir de un solo modo: jugar. Ellos dicen “*play*” o bien “*game*”. El “*game*” es el juego reglado, se desarrolla en un espacio y un tiempo preestablecidos, con un inicio, un desarrollo y una conclusión definidos (por ejemplo: ajedrez). El “*play*”, en cambio, está más cercano al despliegue de una actividad espontánea; es en su propio movimiento como se construye el área de juego, en el hacer su experiencia se van precisando, más que los límites, ciertos confines donde el jugar podría empezar a diluirse (Winnicott, 1979).

En cuanto a la acción psicomotriz de la producción gráfica, es decir el hecho de dibujar, es importante señalar la estrecha vinculación entre el tono muscular y el tono emocional (Coriat, 1974; Lucerga, & Sanz, 1994; Aucouturier, 1999). Por tono muscular entendemos el estado permanente de contracción parcial, pasiva y continua en el que se encuentran los músculos. Para referirse a la adaptación potencial al medio ambiente Storch (1901, cit. por Ferrer-Hambravella, 1971) propuso el término *miopsique*. Toda vez que tenemos *la intención de* realizar cualquier acción o movimiento se activan zonas específicas en el cerebro y paralelamente se modifica el tono muscular. La intención se acompaña siempre de *in*-tensión, es decir de tensión de cadenas musculares que se preparan para la contracción mientras que los antagonistas se distienden y disminuyen su tono. El dibujo – por lo tanto – es siempre acción y requiere de control y dominio motor. El lenguaje muscular es el de los impulsos (Della Mora, 2012).



## Tono Emocional y Tono Muscular

Reich (1985), discípulo y fiel colaborador de Freud entre 1919 y 1931, creador de la vegetoterapia caracteranalítica, considera que la causa de todas las neurosis es la estasis o estancamiento de la libido, lo que se traduce en inhibición de la expresión, de la angustia, del placer, miedo a vivir y especialmente miedo a amar. Esa estasis o energía inhibida es también el origen de muchas enfermedades debido a su efecto sobre el sistema nervioso central. Sus observaciones clínicas lo llevaron muy acertadamente a sospechar que esos desordenes de la energía estaban asociados a un disturbio de la musculatura corporal tanto superficial como profunda a tal punto que el tono muscular y emocional se veían aumentados o disminuidos (Lowen, 1984). Es así que en sus tratamientos, va dirigiendo cada vez más la atención al estado de tensión de la musculatura corporal.

En el tránsito que va de la vigilia al reposo, Max (1929, cit. por Everly, 1989) comprobó una disminución progresiva de corrientes de acción en la musculatura periférica de sujetos sordos, lo que sugiere la gradual inhibición de la respuesta motriz. Este hallazgo es continuado por Jacobson (1930, cit. por Everly, 1989) que sostenía que el sólo hecho de imaginar un acto prepara a los grupos musculares que hasta ese momento se encontraban en reposo. Downey (1931, cit. por Shaw, & Wright, 1967) hizo valiosas contribuciones en esa línea de investigación que fueron rápidamente olvidadas pero afortunadamente recordadas por Thurstone (1947) en el discurso inaugural como presidente de la *American Psychological Association* (APA; Boring, Langfeld, Werner, & Yerkes, 1952).

Las consideraciones precedentes nos hacen sospechar de una memoria muscular: capacidad que tiene el cuerpo de aprender y recordar movimientos, tales como andar en bicicleta o nadar. El cerebro tiene la habilidad de generar hábitos musculares que ayudan al cuerpo a no estar pensando cada movimiento que hacemos. Vinacke (1952) confirmó que los procesos psíquicos se asocian con actividades somáticas, tanto las que involucran a la musculatura estriada como a la lisa, siendo el cerebro un mero selector e integrador de tales procesos.



## Simbolismo y Lenguaje

Las producciones gráficas – a la luz de los casos vinculados con ASI – pueden analizarse, además de las consideraciones psicomotrices precedentes, como un *rebus*. Algunas preguntas orientadoras podrían ser las siguientes: ¿qué detalle aparece exaltado?; ¿qué elemento falta o está escondido?; ¿en qué zona hay grafismos borrados o tachados o subrayados?; ¿de qué manera nombra, nomina, relata el sujeto lo que va produciendo gráficamente?; ¿cuáles son sus expresiones faciales, musculares, emocionales a medida que dibuja?; ¿cómo, del caos, deviene una forma/figura?. Por ejemplo, en los niños maltratados es muy común observar que les cuesta mucho diferenciar fantasía de realidad (Sacroisky, 2007).

Algunas sugerencias, no excluyentes ni exclusivas sino incluyentes, que surgen de la experiencia clínica para el análisis de indicadores en las producciones gráficas son las siguientes:

1. prestar atención a la *Gestalt*<sup>3</sup>: ¿cuál es la primera impresión que causa el grafismo?;
2. emplazamiento: ¿en qué zona se ubica el grafismo privilegiadamente?; grilla: izquierda-centro-derecha; superior-medio-inferior – hay que considerar el emplazamiento de la producción total, pero también es importante registrar dónde se ubica el primer trazo (independientemente de lo que dibuje) y el último;
3. detalles: ¿qué elementos faltan o sobran? – fundamentalmente si se trata de personas o animales en los que se omiten los ojos, o la boca, las manos, etc.;
4. concentrar el foco de la atención en partes del cuerpo que aparecen más marcadas, exaltadas, borradas, tachadas o escondidas;
5. ¿qué rasgos se repiten, ‘insisten’ en manifestarse?;
6. tener en cuenta la dimensión del grafismo en relación con el espacio (hoja, pizarrón, trozo de papel, pizarra mágica, cuaderno, libreta, etc.) sobre todo cuando se trata de producciones espontáneas en las que no media consigna alguna;
7. ¿predominan las líneas curvas o rectas? – inclusive en los garabatos es relevante si produce privilegiadamente picos u ondas;

---

<sup>3</sup> Se traduce como “forma” o “configuración”. En realidad la palabra alemana remite a la formación de algo en una horma; su equivalente exacto en español es “molde”. Suele usarse sin traducirse; ocasionalmente la palabra alemana es españolizada al ser escrita “*gestalt*”.



8. ¿las figuras son abiertas o cerradas?; ¿en qué zonas de la producción gráfica se ejerce el trazo con más presión y en qué momento de la producción?;
9. registrar los cambios en la postura del cuerpo y en la respiración, el tono muscular y emocional, gorgorismos e interjecciones ya que son formas de *ex*-presión menos controladas intelectualmente y por lo tanto más viscerales; las verbalizaciones durante la ejecución también serán altamente valoradas.

La producción gráfica es siempre una re-presentación. Con base en el acervo mnémico, sensorceptivo y emocional, las experiencias vistas, escuchadas y/o vivenciadas se vuelven a presentar – re-presentación –, a desplegar y a expresar por medio del grafismo. Por esta razón convendrá preguntar acerca de la significación de esa producción y evitar suposiciones unívocas y cerradas (Pérez García, 1989).

## Discusión

Todas las producciones gráficas aportan valiosa información clínica. Los grafismos obtenidos deben ser integrados con datos observados durante la producción, los detalles de la biografía y los aspectos transferenciales (Siquier de Ocampo, García Arzeno, & Grassano de Piccolo, 1980). Conviene recordar una vez más que en toda producción gráfica confluyen tres ejes importantes: la acción psicomotriz, la representación mental y el relato sobre el material (Pérez García, 1989). De manera análoga que el material onírico, el contenido latente del grafismo está determinado por profundas motivaciones inconscientes. Lo que verdaderamente subyace a la *ex*-presión gráfica es mucho más complejo que lo que aparece a simple vista. Los indicadores dependen siempre de la mirada del observador, metáfora del cristal del microscopio con que se mire.

Como podrá apreciarse una simple producción bidimensional puede potencialmente reflejar la multifacética problemática del ASI. Las sugerencias propuestas para el análisis en el presente trabajo deben ser valoradas conjuntamente con otros indicadores y observables formando un tejido representacional en el que se encuentran mutuamente imbricados. El análisis personal, la ética profesional, el sentido común, la experiencia clínica y la sensibilidad, entre otros, serán grandes aliados del analista y verdaderos socios estratégicos a la hora de definir los indicadores clínicos de ASI en las producciones gráficas.



## Referencias

- Aucouturier, B. (1999). La acción como transformación. *Revista La Hamaca*, 10, 103-113.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos.
- Boring, E.G., Langfeld, H.S., Werner, H., & Yerkes, R.M. (1952). *A history of psychology in autobiography*. Worcester, MA: Clark University Press.
- Coriat, L. (1974). *Maduración psicomotriz en el primer año del niño*. Buenos Aires: Hemisur.
- Della Mora, M. (2012). La cuna de la percepción. *Revista Psyché Navegante*, 100. Consultado em [http://psychenavegante.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=135%3Ala-cuna-de-la-percepcion&catid=59%3Apsicoanalisis&Itemid=53](http://psychenavegante.net/index.php?option=com_content&view=article&id=135%3Ala-cuna-de-la-percepcion&catid=59%3Apsicoanalisis&Itemid=53).
- De Mause, L. (1974). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza.
- Donna, E.A. (2005). *Delitos contra la integridad sexual*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni Editores.
- Everly, G.S. (1989). Disorders of arousal and the relaxation response: Speculations on the nature and treatment of stress-related diseases. *International Journal of Psychosomatics*, 36(4), 15-21.
- Ferenczi, S. (1984). *La confusión de lengua entre los adultos y el niño*. En Obras Completas (Vol. IV), Psicoanálisis. Madrid: Espasa-Calpe.
- Ferrer-Hambravella, J. (1971). Aspectos psicossomáticos y psicológicos de la fatiga. *Apuntes de Medicina Deportiva*, 30(8), 69-75.
- Freud, S. (1976). *Sobre la más generalizada degradación de la vida amorosa*. En Obras Completas (Vol. XI). Buenos Aires: Amorrortu.
- Grande, A. (2008). *La sexualidad represora*. Buenos Aires: Topía.
- Giberti, E. (2005). *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes: Perspectiva psicológica y social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- González, A.S. (2010). Las bellas artes como terapia en Aristóteles. Byzantion nea hellás. *Revista Anual de Estudios Griegos, Bizantinos y Neohelénicos*. 29, 73-86.
- Green, A. (1999). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Intebi, I. (2011). *Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil*. Buenos Aires: Gránica.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Levin, R. (2005). *La escena inmóvil. Teoría y clínica psicoanalítica del dibujo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lowen, A. (1984). *La depresión y el cuerpo*. Madrid: Alianza.
- Lucerga, R., & Sanz, M.J. (1994). *Puentes invisibles. El desarrollo emocional de los niños con discapacidad visual grave*. Madrid: Once.



- Nannini, M., & Perrone, R. (1997). *Violencia y abusos sexuales en familia: Una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Buenos Aires: Paidós.
- Neuman, E. (1984). *Victimología: el rol de la víctima en los delitos convencionales y no convencionales*. Buenos Aires: Universidad.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Salud sexual para el milenio*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pérez García, P. (1989). Tests gráficos: Aproximación a una teoría de la técnica. Su utilidad en el diagnóstico psicológico. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 2, 5-24.
- Reich, W. (1985). *El análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós.
- Sacroisky, A.G. (2007). Qué hacer cuando se sospecha que un niño es abusado sexualmente. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 105(4), 357-367.
- Shaw, M.E., & Wright, J.M. (1967). *Scales for the measurement of attitudes*. New York: McGraw-Hill.
- Schwartz, M., & Della Mora, M. (2013). Vicisitudes de la pubertad precoz. *Revista Kiné*, 106, 4-5.
- Siquier de Ocampo, M.L., García Arzeno, M.E., & Grassano de Piccolo, E. (1980). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Thurstone, L.L. (1947). *Multiple factor analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Vinacke, W.E. (1952). *The psychology of thinking*. New York: McGraw-Hill.
- Winnicott, D. (1979). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1990). *El gesto espontáneo*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1995). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.
- World Health Organization (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra: World Health Organization.



## Indicadores Clínicos de Abuso Sexual Infantil nas Produções Gráficas

### Resumo

*No presente artigo são descritos alguns indicadores psicológicos de abuso sexual infantil presentes em desenhos e noutras produções gráficas. Deste modo, são analisadas algumas consequências psicológicas associadas à experiência de abuso sexual infantil, bem como os sintomas mais característicos neste tipo de vítimas. O conhecimento profundo desta problemática complexa por parte dos profissionais é de extrema importância, uma vez que permite detetar prontamente estes casos e intervir de modo eficaz.*

Palavras-chave: abuso sexual; infância; indicadores clínicos; desenho; produção gráfica.

### Clinical Indicators of Childhood Sexual Abuse in Graphic Productions

#### Abstract

*Psychological indicators of child molestation are analyzed in graphic productions. Psychological consequences associated with child sexual abuse experiences are described, as well as characteristic symptom of this type of victim. Professionals are inquired to have a profound knowledge of these types of problems, also the influence in the prompt detection of sexual abuse and effective intervention.*

Keywords: Sexual abuse; childhood; clinical indicators; drawing; graphic productions.

**Como citar este artigo:** Della Mora, M. (2014). Indicadores clínicos de abuso sexual infantil en las producciones gráficas. *Revista E-Psi*, 3(2), 1-13.

Received: April 7, 2013

Revision received: May 26, 2013

Accepted: June 28, 2013