


Sentimientos expresados por los profesionales que atienden a víctimas de violencia sexual infantojuvenil*


Marimeire Morais da Conceição^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-5370-0209>


Climene Laura de Camargo^{4,5}

 <https://orcid.org/0000-0002-4880-3916>

Maria Carolina Ortiz Whitaker⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-2434-3831>


Camila Tahis dos Santos Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2434-2817>

Nildete Pereira Gomes¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1690-4122>

Lúcia Cristina Santos Rusmando⁶

 <https://orcid.org/0000-0002-0933-1354>

Destacados: (1) Los sentimientos surgen de las impresiones individuales en función de la interacción social. (2) La atención a víctimas infantojuveniles tiene un impacto negativo en las emociones de los profesionales. (3) Los gestores de los servicios deben prestar atención a la salud de los profesionales que atienden a las víctimas.

Objetivo: describir los sentimientos expresados por los profesionales de la salud en la atención a víctimas infantojuveniles de violencia sexual desde la perspectiva teórica del Interaccionismo Simbólico.

Métodos: investigación cualitativa realizada con 30 profesionales de salud. Se utilizó un instrumento compuesto por preguntas cerradas para los datos sociodemográficos y un guión con preguntas abiertas para la entrevista. Los datos fueron organizados y analizados utilizando el *software* Nvivo versión 12, de acuerdo con la propuesta de Bardin, desde la perspectiva del Interaccionismo Simbólico en la obra de Charles Morris. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación. **Resultados:** surgieron cinco categorías temáticas que revelaron sentimientos de empatía, miedo, indignación, sufrimiento y consternación. Estos sentimientos permanecieron en la memoria de los entrevistados, convirtiendo la atención a infantojuveniles víctimas de violencia sexual en una experiencia conmovedora y difícil que marca profundamente la vida del profesional de salud.

Conclusión: es necesario adoptar estrategias de apoyo a la salud mental de los profesionales que actúan en servicios de atención general a infantojuveniles, considerando que existe la posibilidad de que atiendan a infantojuveniles víctimas de violencia sexual en cumplimiento de políticas públicas preexistentes.

Descriptor: Grupo de Atención al Paciente; Violencia Doméstica; Abuso Sexual Infantil; Atención Hospitalaria; Niño; Adolescente.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Violencia sexual infantil y adolescente: percepciones de los profesionales de la salud", presentada en la Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

¹ Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

² Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Escola de Saúde Pública da Bahia Professor Jorge Novis, Salvador, BA, Brasil.

³ Becaria de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), Brasil.

⁴ Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, BA, Brasil.

⁵ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁶ Universidade Federal da Bahia, Maternidade Climério de Oliveira, Salvador, BA, Brasil.

Cómo citar este artículo

Conceição MM, Camargo CL, Whitaker MCO, Silva CTS, Gomes NP, Rusmando LCS. Feelings expressed by professionals caring for children and teenagers victims of sexual violence. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2024;32:e4251 [cited ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7157.4251>

año mes día

URL

Introducción

La violencia sexual infantojuvenil (VSI) engloba una multiplicidad de comportamientos sexuales hacia infantojuveniles, consentidos o no⁽¹⁻²⁾. En Brasil, este concepto ha sido clasificado en tres categorías: abuso sexual; explotación sexual comercial y tráfico de personas⁽³⁻⁴⁾, que incluye modalidades propagadas a través del uso de Internet, como el sexting, la sextorsión y la violación virtual⁽⁵⁾, lo que corrobora las posiciones internacionales sobre el tema^(4,5).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU)⁽⁶⁾ y la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁵⁾, mil millones de infantojuveniles de entre 2 y 17 años son víctimas de violencia en el mundo. Un estudio revela una prevalencia de la violencia sexual de entre el 14,5% y el 89,4% entre 227 adolescentes africanos⁽⁷⁾; asimismo, en Brasil, el reciente Boletín Epidemiológico advierte de que la violencia sexual se ejerce con mayor frecuencia contra los niños de entre cinco y nueve años y adolescentes de entre 12 y 14 años del sexo femenino⁽⁸⁾.

A pesar de estas cifras alarmantes, la invisibilidad de los casos es un hecho. Estudios internacionales señalan la dificultad para identificar los casos⁽⁹⁻¹²⁾, lo que significa que la atención profesional a las víctimas sigue siendo un reto, alimentado por tabúes socialmente impuestos en diversos contextos culturales. Esta situación se confirma en un estudio realizado en Arabia Saudí con 300 médicos de atención primaria que, aunque conocen los casos de maltrato infantil, no los registran, lo que provoca un subregistro en los sistemas del país⁽¹³⁾.

Estudios señalan que la asistencia a las víctimas pasa por la humanización de la acogida y la prevención de otros problemas, así como por el acompañamiento psicosocial y de salud⁽¹⁴⁻¹⁷⁾, proceso que ha sido mejorado recientemente en el país a través del Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA, por su acrónimo en portugués)⁽³⁻⁴⁾. A esto se suma la disponibilidad de dispositivos tecnológicos para la denuncia, pero su existencia no prescinde del establecimiento de interacciones humanas^(4,18-19).

Se sabe que para interactuar, los individuos necesitan tener contacto (visual, auditivo, táctil y/o verbal) con otros para identificar situaciones, personas y objetos que son blanco de esfuerzos, acciones e intervenciones⁽²⁰⁾. Por lo tanto, la atención a las víctimas y sus familiares está mediada por los sentimientos, que se consideran el motor de las acciones siempre que haya una atribución de significado a esta interacción⁽¹⁹⁻²⁰⁾, cuyas influencias están marcadas por la convivencia en sociedad⁽²⁰⁻²¹⁾.

Atender a infantojuveniles víctimas de violencia sexual requiere preparación emocional, pues lidiar con los sentimientos durante esa atención es otro desafío. Un

estudio revela un escenario impactante percibido por los profesionales al asistir a infantojuveniles victimizados que presentan laceraciones genitales, hemorragias intensas, cuadros de salud que expresan complicaciones clínicas graves y pueden culminar en muerte⁽²²⁾. Estas situaciones están marcadas por la experiencia humana y pueden causar dificultades en el trabajo del equipo de salud.

Esto puede explicarse por el hecho de que las intervenciones necesarias para atender a las víctimas deben estar mediadas por interacciones empáticas que toquen estos sentimientos⁽¹⁹⁾. Por otro lado, la literatura muestra que los profesionales de un centro de atención psicosocial expresan sentimientos como impotencia y frustración cuando atienden a niños víctimas de violencia⁽²³⁾, pero aún existe un vacío en el conocimiento sobre los sentimientos expresados por los profesionales que atienden a víctimas de violencia sexual infantojuvenil.

La relevancia de este estudio radica en la posibilidad de contribuir a mejorar la preparación emocional de los profesionales que trabajan en los servicios de salud de cualquier nivel asistencial. Esta medida ayuda a poner en práctica las recomendaciones del Ministerio de Salud para que estos trabajadores estén preparados y se impliquen en la atención a las víctimas y sus familias⁽⁴⁾. Sin embargo, también sirve para subsidiar las políticas de salud ocupacional en los servicios de salud y, consecuentemente, extender el alcance de estas políticas a los diversos contextos en que infantojuveniles son atendidos, como escuelas, guarderías, Consejos Tutelares y Comisarías Especializadas, entre otros, ya que los sentimientos expresados pueden extenderse a personas que interactúan y conviven en una misma comunidad. El objetivo de este estudio es describir los sentimientos expresados por profesionales de la salud al atender a infantojuveniles víctimas de violencia sexual a partir de la perspectiva teórica del Interaccionismo Simbólico.

Método

Tipo de estudio

Estudio cualitativo presentado según la herramienta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) adaptada para Brasil⁽²⁴⁾, producto de una tesis de maestría defendida en 2020 en un programa de posgrado del país.

Local del estudio

La investigación tuvo lugar en un hospital público del nordeste de Brasil que presta asistencia

general, ambulatoria, clínica, quirúrgica y de urgencia/emergencia a todos los grupos de edad y a ambos sexos. El campo se abordó a través del trabajo de la primera autora como enfermera en el hospital. Se visitaron las unidades de cuidados abiertos (clínicas) y cerrados (unidades de cuidados críticos) para pacientes pediátricos y adolescentes. El proyecto se presentó al consejo de administración, a los responsables de las unidades asistenciales y a los posibles participantes en una reunión previa.

Participantes del estudio

Para seleccionar a los participantes, se abordó individualmente a todos los profesionales de salud que se encontraban en las unidades de atención y se los invitó a participar en la investigación. Tras la aceptación, se verificaron los criterios de inclusión: trabajar más de un año en la institución y haber atendido a niños y adolescentes víctimas de violencia sexual; y los criterios de exclusión: estar ausente del servicio de investigación por cualquier motivo y trabajar en unidades de apoyo al diagnóstico.

No hubo negativas ni retiradas por parte de los invitados a participar en la investigación. Como resultado, de los 36 profesionales contactados aleatoriamente, sólo 31 cumplían los criterios de inclusión, pero un entrevistado fue descartado por falta de información.

Recopilación de datos

La recogida de datos tuvo lugar en junio y julio de 2019, realizada por la estudiante de máster en compañía de cuatro estudiantes de enfermería (todas ellas mujeres) que participaron individualmente en la entrevista para comprobar el cumplimiento del guion previsto. Todas las estudiantes estaban vinculadas a un grupo de investigación, debidamente cualificado para la recogida de datos cualitativos en un curso de extensión frecuentado en el mismo año.

Inicialmente, se aplicó un cuestionario estructurado y un guión de entrevista semiestructurada previamente creado por la investigadora, que incluía la siguiente pregunta: ¿cómo se sintió al asistir a las víctimas? Sin embargo, a lo largo de los informes, los profesionales también mencionaron las reacciones observadas en otros profesionales durante el proceso de asistencia a las víctimas.

Las entrevistas en profundidad se concertaron previamente con los participantes. Los diálogos, que tuvieron lugar una sola vez durante las horas de trabajo de los profesionales (de día y de noche) y duraron una

media de 45 min, fueron grabados en audio. Cabe destacar que la saturación temática de los datos se identificó con el participante número 23 y se confirmó con otras siete entrevistas que eran similares en cuanto a las experiencias compartidas, respondían al objetivo propuesto y no aportaban nada a la interpretación y el análisis de los datos.

Análisis de datos

Una vez recogidos los datos, los estudiantes los transcribieron, pero sólo una participante accedió a leer y corregir su entrevista transcrita. Ante esta dificultad, la corrección y validación textual de las demás participantes corrió a cargo de la investigadora responsable. Se utilizó la técnica de análisis temático de contenido sugerida por Bardin⁽²⁵⁾ en tres etapas: a) preanálisis; b) exploración del material; c) tratamiento de los resultados e inferencia.

En la etapa de preanálisis, se transcribieron las entrevistas, se imprimieron y se leyeron superficialmente en su totalidad. A continuación, se extrajeron temas preliminares que suscitaban la mención de sentimientos expresados que también estaban presentes en las observaciones de los investigadores, en las conversaciones posteriores a cada entrevista y que se anotaron en las entradas del diario reflexivo.

La segunda fase -exploración del material- comenzó manualmente. Un grupo de reflexión se reunió semanalmente para analizar, debatir, reflexionar y compartir impresiones e interpretaciones de los datos. Los textos transcritos se relevaron constantemente (cada entrevista fue leída al menos ocho veces por el investigador principal y tres veces por los académicos). En este proceso, las lecturas en profundidad se realizaron al mismo tiempo que la escucha repetida (al menos cinco veces) de cada entrevista, con el fin de permitir que los textos se impregnasen de los investigadores. Tras este proceso, los textos se importaron al *software* NVivo versión 12, donde se organizaron y sistematizaron en códigos, o nodos temáticos.

Para proceder a la tercera etapa -interpretación- las declaraciones de los participantes se agruparon en códigos basados en la información convergente, dando lugar a un total de 23 expresiones y términos que se consideraron subtemas o subcategorías, agrupados por significado convergente en categorías temáticas⁽²⁵⁾. La validación del proceso de análisis se basó en discusiones con tres académicos de enfermería y tres investigadores doctores, así como en un momento privado con cinco participantes en la investigación que confirmaron los resultados presentados. El proceso de análisis de datos se describe en la Figura 1.

Objeto simbólico	Expresiones mostradas en las interacciones sociales	Significado	Significante
Niño/adolescente agredido sexualmente	<i>"podrían ser sus hijos"</i>	Reflexionar sobre su posible sufrimiento al vivir una situación similar (que violen a su hija/adolescente) y sopesar el sufrimiento que puede estar experimentando la otra persona al violar a su hija.	Empatía
	<i>"piensa en el sufrimiento de la mujer con su hija en este estado"</i>		
	<i>"me pongo en el lugar de la mujer"</i>		
Acción de buscar información para elucidar la sospecha de violencia sexual	<i>"miedo de hacer demasiadas preguntas y que la madre se queje"</i>	Posibles reacciones de las familias de las víctimas a las preguntas sobre sospechas de violencia sexual.	Miedo
	<i>"miedo a decir sospechas ... la familia amenaza"</i>		
Acciones y reacciones del agresor ante la violencia sexual contra niños/adolescentes	<i>"indignado"</i>	La reacción ante una agresión sexual contra niños y adolescentes es rechazar al agresor. La opinión converge en la necesidad de insurgencia e intolerancia por parte de la sociedad contra este acto y contra quienes no expresan el mismo sentimiento	Indignación
	<i>"me molestó ... mamá no mostró enfado"</i>		
Presentación de un cuadro clínico complejo que requiere esfuerzo físico y emocional por parte de los profesionales	<i>"el doctor lloró mucho [...] me sentí fatal"</i>	Un acto reflejo al darse cuenta de que la víctima también sufre, o incluso el resultado de los esfuerzos físicos y emocionales realizados durante la asistencia.	Sufrimiento
	<i>"como si me hubieran chupado la energía"</i>		
Largo período de tiempo después de recibir atención	<i>"hasta el día de hoy, permanece en mi mente [...] todo el mundo está emocionalmente triste"</i>	Una reacción de profundo desánimo ante alguna situación movilizadora; esta reacción puede durar independientemente de la pérdida (y/o distanciamiento físico) o incluso del distanciamiento emocional de un objeto social, en estos casos, la historia de la víctima.	Consternación
	<i>"me lleva un tiempo procesar estas historias [...] no puedes evitar sentirte movilizado y triste"</i>		

Figura 1 – Ejemplos de expresiones que dieron lugar a categorías temáticas desde la perspectiva del Interaccionismo Simbólico. Salvador, BA, Brasil, 2019

Los análisis, inferencias e interpretaciones recomendados por Bardin⁽²⁵⁾ están anclados en los fundamentos filosóficos del Interaccionismo Simbólico (IS), que se encuentran en "Mente, Yo y Sociedad" de Charles Morris. El precursor de esta teoría fue el científico social George Herbert Mead, cuyas ideas fueron sistematizadas por su asesor doctoral Herbert Blumer. Durante el siglo XIX, la SI se incorporó a la psicología social, dando lugar a un marco teórico que consta de tres premisas básicas: 1) la forma en que una persona interpreta los hechos y actúa depende del significado que se les atribuye; 2) el significado se construye a través de procesos interactivos en la sociedad; y 3) con el tiempo, los significados pueden sufrir cambios⁽²⁰⁾.

Esta teoría se centra en las interacciones sociales, las respuestas humanas y la influencia que la inmersión de un individuo en la sociedad tiene en sus actitudes hacia las situaciones que experimenta⁽²⁰⁾. Así, se identificaron cinco categorías temáticas: empatía, miedo, indignación, sufrimiento y consternación.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y respeta las Resoluciones del Consejo Nacional de Salud de Brasil (466/2012 y 510/2016). De

esta forma, todas las personas que participaron en la investigación, tras leer y dar su conformidad, firmaron las dos copias del Formulario de Consentimiento Libre e Informado.

Las entrevistas se realizaron en salas privadas situadas en la institución de investigación, en presencia de la investigadora principal y de una estudiante de enfermería, a fin de garantizar la confidencialidad y el secreto de la información facilitada. Para preservar el anonimato de los participantes, sus nombres se han sustituido por "P" (en referencia a profesional), seguido de un número arábigo, según el orden en que se realizaron las entrevistas: P1, P2, P3 ... P30.

Resultados

Participaron 30 profesionales de salud, de los cuales el 33,3% eran enfermeros, el 33,3% técnicos de enfermería, el 10,0% trabajadores sociales, el 10,0% médicos, el 6,7% auxiliares de enfermería y el 6,7% psicólogos. Todos los participantes declararon ser mujeres, autodeclararon una identidad de género cis femenina, orientación sexual heterosexual, un 80% de raza/color negro y una edad comprendida entre los 25 y los 65 años. Además, el 73,3% había completado más de diez años de formación profesional, el 70% había trabajado en el

sector de salud durante más de diez años y el 40% había trabajado en el hospital donde se realizó la investigación durante más de diez años.

Tras el proceso analítico, surgieron cinco categorías temáticas que representan los sentimientos expresados por los profesionales y evidenciados en los informes, a saber: empatía, miedo, indignación, sufrimiento y consternación, como se describe a continuación.

Empatía

Según los informes de los participantes, el sentimiento más evocado fue la empatía. La empatía significa tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro sin pasar necesariamente por las mismas experiencias que él. La empatía se considera un sentimiento relevante e indispensable en los cuidados, como se ha mencionado anteriormente:

La agresión sexual a un niño o adolescente interfiere mucho en tus emociones. Inmediatamente piensas que podrían ser tus hijos (P11, Técnico de enfermería).

Se te acelera el corazón. Vemos la situación de este ser humano, de este niño/adolescente. No sé cómo alguien puede llevarse a un niño, a un bebé, como ya ha ocurrido. Me pregunto: ¿qué les está pasando a los seres humanos? [...] (P26, Trabajadora social).

Las mujeres son víctimas de violaciones a gran escala. Esto afecta a nuestro lugar como mujeres, que estamos subyugadas. Pensamos en el sufrimiento de esta mujer, madre, abuela cuando ve a su hija en este estado (P12, Trabajadora social).

Me pongo mucho en el lugar de la mujer. Para mí, sería lo peor que podría sufrir en mi vida. [...] (P13, Enfermera).

Miedo

El miedo fue otro sentimiento expresado por los profesionales del estudio, que ocurrió principalmente durante la recogida de información sobre el caso de violencia sexual. Esta información se recoge en los servicios de salud a partir de los informes de los responsables de las víctimas, pruebas de laboratorio, pruebas de imagen y anamnesis. El miedo también se producía explícitamente durante el acto de comunicar el diagnóstico (o incluso la sospecha de este) a los familiares de las víctimas:

[...] la zona sangraba y estaba muy abierta. Teníamos miedo de hacer demasiadas preguntas y de que la madre se quejara a

la dirección del hospital de que estábamos haciendo demasiadas preguntas, ilo que la avergonzaba! (P1, Técnico de enfermería).

Teníamos miedo de decir que había sospechas de violencia sexual porque la familia suele amenazar al equipo (P19, Técnico de enfermería).

Cuando la otra técnica y yo fuimos a cambiarle el pañal y a hacerle la higiene íntima, nos dimos cuenta de que tenía el ano muy dilatado. [...] teníamos miedo de decir algo sobre la sospecha y el padre reaccionaría mal (P10, Técnico de enfermería).

Indignación

Los colaboradores manifiestan indignación, revuelta y desesperación cuando tratan con víctimas de violencia sexual, ya sean niños o adolescentes. Sus sentimientos son tan fuertes que, en algunos casos, se rebelan contra el agresor:

[...] un niño de seis meses, llorón y asustado. El médico encontró fisuras, queloides y hemorragias en el recto. El anestesista y yo estábamos muy indignados (P2, Auxiliar de enfermería).

[...] el familiar le enseñó los genitales, la amenazó [a la adolescente] de muerte si se lo contaba a sus padres. ¡Era absurdo! ¡Estaba deseando que muriera el agresor! (P14, Enfermera).

[...] era una chica inocente que ni siquiera sabía lo que le había pasado. Tenía los genitales lacerados. Lo que más me molestó fue la madre, que en ningún momento mostró enfado (P9, Técnico de enfermería).

¡El anestesista [médico] estaba indignado! Todo el equipo estaba indignado (P8, Técnico de enfermería).

Sufrimiento

Los profesionales entrevistados relataron que se sentían tan afectados por los casos de violencia sexual contra niños y adolescentes que varios miembros del equipo dijeron que el llanto era la principal expresión de la emoción que experimentaban (una mezcla de rabia, tristeza, ira y empatía con la víctima). El sufrimiento de las víctimas también reflejaba y generaba sufrimiento en los profesionales durante su asistencia:

El niño tenía unos dos años. [...] Estaba herido desde los genitales hasta el año. El médico lloraba mucho mientras le operaba. Me sentí fatal (P9, Técnico de enfermería).

El cirujano y yo estábamos muy conmocionados, porque era un niño de ocho meses que llegó en un estado muy grave,

con lesiones importantes en el ano y la vagina. Yo estaba muy afectada emocionalmente (P25, Médico).

[...] son casos difíciles que implican nuestros sentimientos. Después del servicio, me siento agotada, como si me hubieran chupado la energía (P27, Psicóloga).

Consternación

La imagen de las víctimas y los recuerdos de sus historias están presentes de forma recurrente en la memoria de los profesionales, despertando sentimientos de consternación. Según los participantes, esto ocurría incluso después de haber pasado mucho tiempo atendiendo a estos niños y/o adolescentes:

Ocurrió hace un par de años y, hoy, todavía se me queda grabado cuando ese niño llegó con la región perianal sangrando y pasó por el quirófano [...] hasta hoy día, todos estamos emocionalmente tristes (P1, Técnico de enfermería).

Atendí a un niño que tenía menos de un mes y murió. [...] en casa sólo podía pensar en eso. Durante mucho tiempo, cuando trabajaba, miraba la cama y sólo podía pensar en ella [...] y todo el mundo está muy triste por este recuerdo (P23, Auxiliar de enfermería).

La madre llevó a la niña a urgencias porque sospechaba que el agresor era un familiar. [...] cuando trato con casos de abuso sexual de niños y adolescentes, me lleva un tiempo procesar estas historias porque no puedes evitar sentirte muy movilizada y triste después de tratar un caso como este (P12, Trabajadora social).

Discusión

De acuerdo con los relatos de los participantes, los sentimientos más frecuentemente evocados fueron: empatía por las víctimas; miedo de denunciar sospechas de violencia sexual, de orientar la atención hacia ese problema y de ser objeto de represalias; indignación ante el hecho ocurrido (violencia sexual contra niños y adolescentes) y ante la inercia inesperada de la familia de la víctima; sufrimiento ante los casos clínicos y las situaciones asistenciales vividas; consternación ante la víctima, los hechos denunciados y la atención prestada.

Estos hallazgos ponen de manifiesto la complejidad del individuo implicado en la atención a víctimas infantojuveniles de violencia sexual. Aunque la VSI esté instalada en la sociedad y esto se evidencie en diversos estudios⁽⁷⁻¹²⁾, su ocurrencia en la vida real aún moviliza las emociones de los profesionales que trabajan con ella, hasta el punto de hacer aflorar sentimientos que

pueden llevarlos a la parálisis total o a iniciar las acciones asistenciales necesarias, proceso que depende de la percepción del mundo de cada persona.

Según Morris, la percepción es una especie de mediador necesario para las interacciones entre las personas⁽²⁰⁾. Desde esta perspectiva, la prestación de cuidados requiere empatía, que posibilita la creación de lazos de afecto, comprensión y reciprocidad afectiva. Esto se debe a que, al utilizar la empatía para brindar atención a víctimas infantojuveniles de violencia sexual, los profesionales de la salud involucran sentimientos de fraternidad y compasión, considerados importantes para el cuidado humano⁽²¹⁾. La empatía es un sentimiento que da a un individuo la capacidad psicológica de sentir lo que otra persona sentiría si estuviera en la misma situación⁽¹⁹⁻²¹⁾, lo que ocurre a través de interacciones.

Estudios nacionales e internacionales sobre la vivencia de violencia doméstica en la infancia y/o adolescencia muestran que, independientemente del tipo de violencia y del número de ocurrencias, las víctimas sufrieron daños físicos, emocionales y psicológicos. En muchos casos, estos problemas resultan en diversas complicaciones clínicas, sufrimiento intenso y la consecuente necesidad de atención especializada, que también afecta a sus familias y alcanza el estatus intergeneracional^(7,11,22,26-27).

Se puede afirmar, por tanto, que la violencia sexual causa sufrimiento a las víctimas, a sus familias y al equipo de salud. En este sentido, la interacción profesional-paciente es necesaria para la atención y debe estar mediada por la empatía, una herramienta importante para acercarse y acoger a las víctimas y sus familias⁽²⁰⁾.

Corroborando la discusión, estudiosos⁽²⁵⁾ afirman que es posible inferir que la interpretación de las vivencias de los niños víctimas puede ser resignificada en la edad adulta. Esta posibilidad no excluye a los entrevistados, es decir, dependiendo de la historia de vida personal de cada profesional y de cómo vivieron (o no) situaciones de violencia en la infancia/adolescencia, los significados atribuidos a su papel de cuidadores pueden verse comprometidos^(12,20,26-27), lo que podría generar temor.

El miedo a las represalias es un sentimiento común entre los profesionales que atienden a víctimas de violencia sexual. Este miedo puede verse exacerbado por la inseguridad, el agotamiento físico y emocional, la falta de apoyo adecuado para llevar a cabo las actividades asistenciales y el estrés, que son problemas laborales comunes en los servicios de salud nacionales e internacionales^(17,23,28-29). Hay que tener en cuenta que la violencia sexual infantil y adolescente puede hacer que los familiares se sientan tan desesperados y emocionalmente fuera de control que se vuelvan

contra los profesionales durante la atención, como se ha mencionado anteriormente.

Es cierto que en contextos violentos, la sociedad en su conjunto⁽²⁰⁾, incluidos los que se ocupan de atender a estas víctimas, se ve sacudida. Por ejemplo, en Atención Primaria de Salud, los profesionales se desplazan y se integran en la comunidad ante la necesidad de atender diversos problemas a través de estrategias como la notificación en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN, por su acrónimo en portugués). En este sentido, un estudio realizado en Recife, Pernambuco, revela que la sensación de amenaza puede desencadenar un sentimiento de miedo, que se considera un impedimento para la notificación obligatoria de la violencia contra niños y adolescentes, aunque los profesionales lo reconozcan como una obligación ética y legal⁽³⁰⁾.

Sin embargo, un estudio nacional realizado con 242 trabajadores de enfermería revela que 20% y 59% de esos profesionales relatan haber sufrido agresiones físicas y verbales, respectivamente, durante el horario de trabajo⁽³¹⁾, experiencia compartida por enfermeros de dos Unidades de Atención de Urgencia de Paraná⁽³²⁾. En el ámbito internacional, un estudio realizado en Suecia con 1.567 profesionales de la salud encontró una prevalencia de casi 25% de experimentar violencia en el lugar de trabajo⁽³³⁾, una realidad similar a la vivida por 769 médicos noruegos, que informaron una prevalencia de 20,3% de amenazas múltiples de violencia en los primeros cuatro años de carrera profesional⁽²⁹⁾.

La edad media de los participantes, 40 años, y los más de 10 años de experiencia profesional en el sector de salud fueron elementos importantes a la hora de analizar estos resultados. En comparación, un estudio realizado en Noruega afirma que ser más joven es un factor asociado a que los profesionales experimenten violencia física en su trabajo en el área de la salud⁽²⁹⁾, realidad que difiere de la de este estudio. Sin embargo, se puede confirmar la hipótesis de que las angustias de los profesionales eran reales, dado que el miedo a las represalias y a las posibles reacciones agresivas de los familiares de las víctimas no es un sentimiento infundado.

Por otro lado, es posible que haya que superar este miedo durante el trabajo profesional para poder prestar una atención eficaz. Un estudio revela que existen mecanismos de "construcción de sentido" utilizados por los supervivientes de abuso sexual infantil, como movilizar recursos sociales y contar con el apoyo de la sociedad⁽³⁴⁾. Estos datos apuntan a la necesidad de que los profesionales de la salud sean capaces de actuar como apoyo social para las víctimas infantojuveniles, incluyendo la superación del miedo antes mencionado.

Además, la confianza mutua que se establece entre los profesionales es responsable de aumentar la percepción de seguridad y mejorar el control emocional del equipo. De esta forma, es posible reducir el estrés y aumentar la confianza mutua en un ciclo de refuerzo positivo⁽²⁸⁾. Sin embargo, la falta de tiempo y la ausencia de instrumentos legales que regulen las atribuciones de los profesionales brasileños, especialmente de enfermería, son desafíos impuestos al cuidado de las víctimas de violencia sexual⁽¹⁷⁾ y pueden, como consecuencia, contribuir a aumentar la sensación de inseguridad durante la asistencia.

Aunque no fue el resultado de este estudio, el miedo a la responsabilidad legal en relación con los procesos judiciales que se pueden iniciar tras una denuncia de violencia sexual es también un sentimiento que afecta a las enfermeras que atienden a las víctimas^(4,17). Tal vez esto se deba a la falta de instrumentos legales que regulen sus atribuciones y su papel en la cadena de custodia de las pruebas⁽¹⁷⁾, lo que está relacionado con la falta de un enfoque temático durante la formación y anima a los futuros profesionales a actuar en primera línea en la atención a las personas que han sufrido violaciones sexuales⁽³⁵⁾.

Además de la formación académica, dependiendo de la interacción social de estos profesionales, el simbolismo atribuido a la violencia sexual y cómo estos profesionales muestran sus sentimientos, la forma en que reaccionan a la necesidad de atender a la víctima puede ser matizada. Para interaccionistas como Morris, las experiencias sociales influyen en las reacciones de las personas y pueden ser responsables (junto con la construcción social) de las acciones de los individuos ante las situaciones que viven⁽²⁰⁾. Así, el miedo relatado puede hacer que los profesionales no se sientan preparados para actuar en la atención a las víctimas, dificultando procesos como la notificación y la denuncia, aunque muestren indignación cuando identifican este tipo de agresiones contra niños y adolescentes. Posiblemente, esa indignación esté relacionada con la capacidad del individuo como ser social de ponerse en el lugar del otro, como revela Morris⁽²⁰⁾, o simplemente de transferir la responsabilidad, como denuncian los profesionales que actúan en los diversos niveles de atención en Brasil⁽¹²⁾. De esta forma, la indignación es una respuesta sentimental y se relaciona con el crimen - significado atribuido a este tipo de violencia por los profesionales de salud, aunque no sea el motor de las acciones asistenciales.

Por lo tanto, se puede inferir que las reacciones a la atención prestada a las víctimas provocaron un intenso sufrimiento entre los profesionales, además de contribuir a que los hechos se tornaran inolvidables, incluso cuando ocurrieron hace muchos años. Además,

los desencadenantes emocionales provocados por los recuerdos vividos pueden ser responsables de la consternación antes mencionada.

De hecho, la atención a víctimas de violencia sexual fue señalada como una situación que marca y conmociona a todo el equipo. Aunque difícil, la actuación del profesional se basa en prerrogativas legales (como están establecidas en los códigos de ética y en el ECA) e incluye la notificación y la denuncia de los casos sospechados/identificados, acciones que, si son desatendidas, generan sanciones como multas⁽³⁾. Estos avances en la asistencia de salud brasileña definen la actuación de los profesionales en la atención a las víctimas, una situación totalmente sistematizada y con directrices explícitas⁽⁴⁾, si se compara con la situación opuesta, como la organización y el flujo de registros en el sistema de salud de Arabia Saudí⁽¹³⁾.

El desarrollo de procesos formativos dirigidos a capacitar a los profesionales para gestionar el proceso de atención a estos casos es una piedra angular en la preparación emocional de los profesionales. Las investigaciones confirman que la cualificación de los profesionales mediante la inclusión de contenidos en su formación académica aumenta la posibilidad de que implementen políticas públicas preexistentes^(17,35), aunque no fue así en un estudio asiático con 300 médicos⁽¹³⁾. Por otro lado, el uso de herramientas interactivas promueve la atención segura de las víctimas de violencia sexual, reduce el sentimiento de impotencia del profesional y apoya el razonamiento clínico necesario para llevar a cabo el proceso de atención médica⁽¹⁸⁾.

Teniendo en cuenta estos resultados, es plausible que los responsables del programa de salud ocupacional en las instituciones necesiten investigar los signos y síntomas relacionados con el estado mental de los profesionales que trabajan en los servicios para víctimas de violencia sexual, considerando los impactos negativos mencionados anteriormente. Además, estos profesionales necesitan intervenciones continuas a corto, medio y largo plazo para promover acciones que reduzcan el riesgo de desarrollar trastornos mentales leves, moderados y más graves.

Se recomienda la realización de nuevos estudios sobre este tema utilizando otras metodologías. También se sugiere que este estudio sea replicado en otros contextos como la educación (guarderías, escuelas), los servicios de salud (atención primaria, servicios especializados y maternidades), los servicios de seguridad pública, protección de niños y adolescentes y justicia (como el Consejo Tutelar, las Comisarías Especializadas, el Ministerio Público y la Defensoría Pública), así como con otros grupos sociales (profesionales de la seguridad pública, profesores y cuidadores informales) para comparar los resultados aquí obtenidos y verificar similitudes y/o diferencias.

Este estudio se limita a revelar los sentimientos de mujeres profesionales que trabajan en un servicio de salud hospitalario. Sin embargo, estos resultados están abiertos a la generalización, ya que se trata de un tema que provoca una movilización emocional global en las sociedades occidentales, organizadas moralmente a la luz de las conductas que orientan la protección y los derechos de los niños y adolescentes. Además, el estudio está abierto a la replicación, ya que utilizó la teoría social y el rigor metodológico para garantizar la fiabilidad de los resultados.

Conclusión

Empatía, miedo, indignación, sufrimiento y consternación son sentimientos expresados por el equipo cuando atiende a víctimas de violencia sexual infantojuvenil. El énfasis en estos sentimientos hace que la experiencia de atender a estas víctimas sea difícil y notable, movilizando sentimientos que pueden interferir en la eficacia de la atención prestada.

Este estudio refleja la realidad de los profesionales que prestan atención a las víctimas de violencia sexual, por lo que recomendamos su uso para cualificar a los profesionales que pueden hacer frente a situaciones similares. Además, el estudio podría orientar la formación de salud sobre el tema y motivar la implementación de políticas públicas actuales, como la prestación de asesoramiento psicológico al equipo de salud responsable de la atención a las víctimas, tal y como recomienda el Ministerio de Salud.

Agradecimientos

Agradecemos a las investigadoras que ayudaron a recoger y procesar los datos, cómo académicas de la disciplina de Enfermería de la *Universidade Federal da Bahia*: Maria Luísa Nascimento dos Santos, Larissa Pereira Ramos, Edsângela Thalita Passos Barreto y Carolina de Jesus Santos.

Referencias

1. Mathews B, Collin-Vézina D. Child Sexual Abuse: Toward a Conceptual Model and Definition. *Trauma Viol Abuse*. 2019;20(2):131-48. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>
2. Rizvi MB, Conners GP, King KC, Lopez RA, Rabiner J. Pennsylvania Child Abuse Recognition and Reporting [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2022 [cited 2023 Mar 09]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565852/>

3. Digiácomo MJ, Digiácomo LA. Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado [Internet]. Curitiba: MPEPR; 2020 [cited 2023 Mar 09]. Available from: https://escolasuperior.mppr.mp.br/arquivos/Image/publicacoes/ECA_2020.pdf
4. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2023 Mar 11]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf
5. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2023 Mar 11]. Available from: <https://www.unicef.org/media/70731/file/Global-status-report-on-preventing-violence-against-children-2020.pdf>
6. Organização das Nações Unidas. Plataforma Agenda 2030. Acelerando as transformações para a Agenda 2030 no Brasil [Internet]. New York, NY: ONU; 2020 [cited 2023 Mar 11]. Available from: <https://agenda21unesa.com/2018/09/15/plataforma-agenda-2030-acelerando-as-transformacoes-para-a-agenda-2030-no-brasil/>
7. Charak R, de Jong J, Berckmoes LH, Ndayisaba H, Reis R. Intergenerational maltreatment in parent-child dyads from Burundi, Africa: Associations among parental depression and connectedness, posttraumatic stress symptoms, and aggression in children. *J Trauma Stress*. 2021;34(5):943-54. <https://doi.org/10.1002/jts.22735>
8. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente [Internet]. Brasília: MS; 2023 [cited 2023 Mar 19];54(8):1-15. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>
9. Timmins F, Catania G, Zanini M, Ottonello G, Napolitano F, Musio ME, et al. Nursing management of emergency department violence-Can we do more? *J Clin Nurs*. 2022;00:1-8. <https://doi.org/10.1111/jocn.16211>
10. Bataenjer R, Grotzer M, Seiler M. For Infants With Fractures: Involvement of a Child Protection Team Is Mandatory With Few Exceptions. *Pediatr Emerg Care*. 2022;38(2):e724-e730. <https://doi.org/10.1111/jocn.16211>
11. Rancher C, Are F, Goodrum NM, Smith DW. Longitudinal Predictors of Mother- and Child-Report of Maternal Support Following Child Sexual Abuse. *Child Maltreat*. 2022;28(1):76-84. <https://doi.org/10.1177/10775595211061163>
12. Marcolino EC, Clementino FS, Souto RQ, Santos RC, Miranda FAN. Social Representations of nurses on the approach to children and adolescents who are victims of violence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021;29:e3509. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5414.3509>
13. Alsaleem SA, Alsaleem MA, Asiri AM, Alkhdhhan SS, Alqahtani WSS, Alzahrani MS, et al. Knowledge and attitude regarding child abuse among primary health care physician in Abha, Saudi Arabia, 2018. *J Fam Med Prim Care*. 2019;8(2):706-10. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_442_18
14. Santos DLA, Fonseca RMGS. Health needs of women victims of sexual violence in search for legal abortion. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2022;30:e3532. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5834.3532>
15. Menezes MLB, Araújo MAL, Santos ASD, Gir E, Bermúdez XPD. Brazilian Protocol for Sexually Transmitted Infections 2020: epidemiological surveillance. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(esp1):e2020600. <https://doi.org/10.1590/s1679-4974202100018.esp1>
16. Leal LM, Vertamatti M, Zaia V, Barbosa CP. Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. *PLoS One*. 2021;16(11):e0249598. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249598>
17. Ribeiro CL, Maia ICVL, Souza JF, Santos VF, Santos JS, Vieira JLES. Nurses' performance of trace preservation in sexual violence against women: an integrative review. *Esc Anna Nery*. 2021;25(5):e20210133. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0133>
18. Alves OM, Primo CC, Tavares FL, Lima EF, Leite FM. Technology to support nursing care for women in situations of sexual violence. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE001085. <https://doi.org/10.37689/actaape/2021AO001085>
19. Kandel ER. Em busca da memória: o nascimento de uma nova ciência da mente. São Paulo: Companhia das Letras; 2009.
20. Morris CW, organizador. Mente, self e sociedade. Aparecida: Idéias & Letras; 2010.
21. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petropolis: Vozes; 2006.
22. Conceição MM, Gomes NP, Whitaker MCO, Silva LS, Ferreira IQBP, Camargo CL. Signs and symptoms of children's sexual violence: reports of health professionals. *Rev Enferm UERJ*. 2021;29:e57289. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.57289>
23. Silva MS, Milbrath VM, Freitag VL, Gabatz RIB, Bazzan JS, Maciel KL. Care for children and adolescents victims of violence: feelings of professionals from a psychosocial care center. *Esc Anna Nery*. 2019;23(2):e20180215. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0215>
24. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*.

- 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
25. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
26. Magalhães JR, Gomes NP, Estrela FM, Silva AF, Carvalho MR, Pereira A, et al. Meanings of family dynamics by men who reproduced domestic violence. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE00803. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00803>
27. Marshall C, Fernet M, Langevin R. Intergenerational Continuity of Child Sexual Abuse: Comparison of Mother and Emerging Adult Dyads. *J Child Sex Abuse*. 2023;32(1):40-59. <https://doi.org/10.1080/10538712.2022.2147888>
28. Wong AH, Sabounchi NS, Roncallo HR, Ray JM, Heckmann R. A qualitative system dynamics model for effects of workplace violence and clinician burnout on agitation management in the emergency department. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):75. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07472-x>
29. Nøland ST, Taipale H, Mahmood JI, Tyssen R. Analysis of Career Stage, Gender, and Personality and Workplace Violence in a 20-Year Nationwide Cohort of Physicians in Norway. *JAMA Netw Open*. 2021;4(6):e2114749. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.14749>
30. Muniz BAA, Dantas ALM, Santana MM. Notificação de violência infantojuvenil: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:e00620196. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs620>
31. Tsukamoto AS, Galdino MJ, Robazzi ML, Ribeiro RP, Soares MH, Haddad MC, et al. Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(4):425-32. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900058>
32. Oliveira CS, Martins JT, Galdino MJQ, Perfeito RR. Violence at work in emergency care units: nurses' experiences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3323. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3856.3323>
33. Stahl-Gugger A, Hämmig O. Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees - a cross-sectional study in German-speaking Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):291. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07602-5>
34. Westhuizen MV, Walker-Williams HJ, Fouché A. Meaning Making Mechanisms in Women Survivors of

- Childhood Sexual Abuse: A Scoping Review. *Trauma Viol Abuse*. 2022;15248380211066100. <https://doi.org/10.1177/15248380211066100>
35. Daily KP, Loftus T, Waickman C, Start AR, Fernandes AK. Beyond the Protocols: A Team-Based Learning Intervention Improving Student Knowledge and Confidence on Caring for Survivors of Sexual Assault. *Acad Psychiatry*. 2021;96(11S):S181-S183. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004294>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo. **Obtención de datos:** Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo, Nildete Pereira Gomes. **Análisis e interpretación de los datos:** Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Camila Tahis dos Santos Silva, Nildete Pereira Gomes, Lúcia Cristina Santos Rusmando. **Redacción del manuscrito:** Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Camila Tahis dos Santos Silva, Nildete Pereira Gomes, Lúcia Cristina Santos Rusmando. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Marimeire Morais da Conceição, Climene Laura de Camargo, Maria Carolina Ortiz Whitaker, Camila Tahis dos Santos Silva, Nildete Pereira Gomes, Lúcia Cristina Santos Rusmando. **Otros (Procesamiento de datos y uso de software):** Marimeire Morais da Conceição, Camila Tahis dos Santos Silva. **Otros (Procesamiento de datos y preparación del equipo para la recolección de datos):** Climene Laura de Camargo. **Otros (Procesamiento de datos, uso de software y preparación del equipo para la recolección de datos):** Maria Carolina Ortiz Whitaker. **Otros (Procesamiento de datos):** Lúcia Cristina Santos Rusmando.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 28.10.2023
Aceptado: 24.03.2024

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2024 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Marimeire Morais da Conceição

E-mail: enufba2002@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0002-5370-0209>